This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.

+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.

+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.

+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

A propos de ce livre

Ceci est une copie numérique d'un ouvrage conservé depuis des générations dans les rayonnages d'une bibliothèque avant d'être numérisé avec précaution par Google dans le cadre d'un projet visant à permettre aux internautes de découvrir l'ensemble du patrimoine littéraire mondial en ligne.

Ce livre étant relativement ancien, il n'est plus protégé par la loi sur les droits d'auteur et appartient à présent au domaine public. L'expression "appartenir au domaine public" signifie que le livre en question n'a jamais été soumis aux droits d'auteur ou que ses droits légaux sont arrivés à expiration. Les conditions requises pour qu'un livre tombe dans le domaine public peuvent varier d'un pays à l'autre. Les livres libres de droit sont autant de liens avec le passé. Ils sont les témoins de la richesse de notre histoire, de notre patrimoine culturel et de la connaissance humaine et sont trop souvent difficilement accessibles au public.

Les notes de bas de page et autres annotations en marge du texte présentes dans le volume original sont reprises dans ce fichier, comme un souvenir du long chemin parcouru par l'ouvrage depuis la maison d'édition en passant par la bibliothèque pour finalement se retrouver entre vos mains.

Consignes d'utilisation

Google est fier de travailler en partenariat avec des bibliothèques à la numérisation des ouvrages appartenant au domaine public et de les rendre ainsi accessibles à tous. Ces livres sont en effet la propriété de tous et de toutes et nous sommes tout simplement les gardiens de ce patrimoine. Il s'agit toutefois d'un projet coûteux. Par conséquent et en vue de poursuivre la diffusion de ces ressources inépuisables, nous avons pris les dispositions nécessaires afin de prévenir les éventuels abus auxquels pourraient se livrer des sites marchands tiers, notamment en instaurant des contraintes techniques relatives aux requêtes automatisées.

Nous vous demandons également de:

+ *Ne pas utiliser les fichiers à des fins commerciales* Nous avons conçu le programme Google Recherche de Livres à l'usage des particuliers. Nous vous demandons donc d'utiliser uniquement ces fichiers à des fins personnelles. Ils ne sauraient en effet être employés dans un quelconque but commercial.

+ *Ne pas procéder à des requêtes automatisées* N'envoyez aucune requête automatisée quelle qu'elle soit au système Google. Si vous effectuez des recherches concernant les logiciels de traduction, la reconnaissance optique de caractères ou tout autre domaine nécessitant de disposer d'importantes quantités de texte, n'hésitez pas à nous contacter. Nous encourageons pour la réalisation de ce type de travaux l'utilisation des ouvrages et documents appartenant au domaine public et serions heureux de vous être utile.

+ *Ne pas supprimer l'attribution* Le filigrane Google contenu dans chaque fichier est indispensable pour informer les internautes de notre projet et leur permettre d'accéder à davantage de documents par l'intermédiaire du Programme Google Recherche de Livres. Ne le supprimez en aucun cas.

+ *Rester dans la légalité* Quelle que soit l'utilisation que vous comptez faire des fichiers, n'oubliez pas qu'il est de votre responsabilité de veiller à respecter la loi. Si un ouvrage appartient au domaine public américain, n'en déduisez pas pour autant qu'il en va de même dans les autres pays. La durée légale des droits d'auteur d'un livre varie d'un pays à l'autre. Nous ne sommes donc pas en mesure de répertorier les ouvrages dont l'utilisation est autorisée et ceux dont elle ne l'est pas. Ne croyez pas que le simple fait d'afficher un livre sur Google Recherche de Livres signifie que celui-ci peut être utilisé de quelque façon que ce soit dans le monde entier. La condamnation à laquelle vous vous exposeriez en cas de violation des droits d'auteur peut être sévère.

À propos du service Google Recherche de Livres

En favorisant la recherche et l'accès à un nombre croissant de livres disponibles dans de nombreuses langues, dont le français, Google souhaite contribuer à promouvoir la diversité culturelle grâce à Google Recherche de Livres. En effet, le Programme Google Recherche de Livres permet aux internautes de découvrir le patrimoine littéraire mondial, tout en aidant les auteurs et les éditeurs à élargir leur public. Vous pouvez effectuer des recherches en ligne dans le texte intégral de cet ouvrage à l'adresse `http://books.google.com`

BIBLIOTHÈQUE DE CHIRURGIE CONTEMPORAINE
DIRECTEURS : A. RICARD ET E. ROCHARD

LANE MEDICAL LIBRARY STANFORD
2 45 0421 5333

J.-L. FAURE

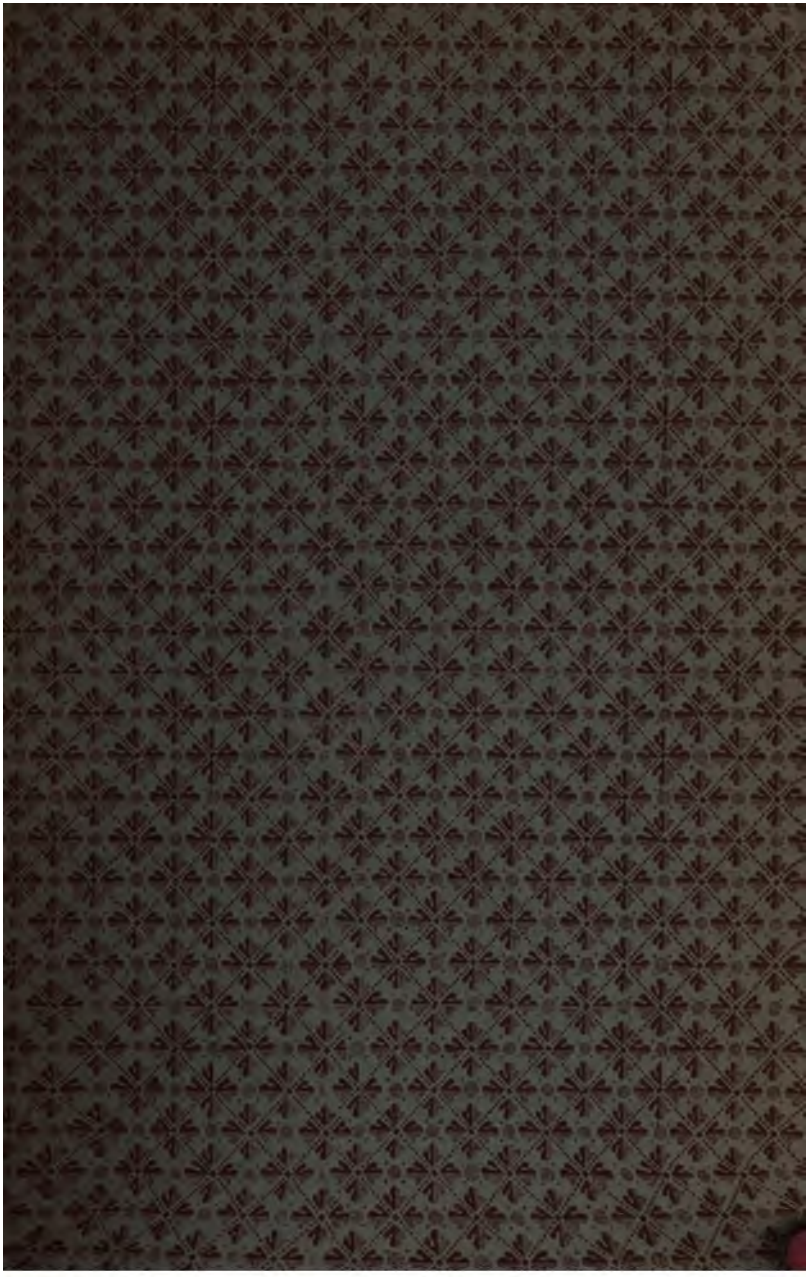
CHIRURGIE DES ANNEXES DE L'UTÉRUS

PARIS, OCTAVE DOIN EDITEUR

LANE

MEDICAL LIBRARY

Gift



BIBLIOTHÈQUE

DE

CHIRURGIE CONTEMPORAINE

Publiée sous la direction de

A. RICARD ET **E. ROCHARD**

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, Chirurgien de l'hôpital Saint-Louis | Chirurgien des Hôpitaux de Paris

---

1. **Infections, traumatismes et diathèses**, par P. VILLEMIN, Chirurgien des Hôpitaux de Paris.
2. **Les tumeurs**, par le Professeur Simon DUPLAY et CAZIN, Chef de laboratoire à la Faculté de Médecine de Paris.
3. **Chirurgie générale des muscles, des tendons, des bourses séreuses et de la peau**, par P. MAUCLAIRE, Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, Chirurgien des Hôpitaux.
4. **Chirurgie des artères, des veines, des lymphatiques et des nerfs**, par J. BOUGLE, Chirurgien des Hôpitaux de Paris.
5. **Chirurgie générale des os**, par P. RICHE, Chirurgien des Hôpitaux de Paris.
6. — — **des articulations**, par MORESTIN, Chirurgien des Hôpitaux de Paris.
7. — **du crâne**, par A. DEMOULIN, Chirurgien des Hôpitaux de Paris.
8. — **de la face**, par A. GUINARD, Chirurgien de l'Hôpital d'Ivry.
9. — **du cou et du rachis**, par P. SÉBILEAU, Professeur agregé à la Faculté de Medecine de Paris, Chirurgien des Hôpitaux.

10. **Chirurgie du thorax et des mamelles**, par WALTHER, Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, Chirurgien de la Maison Municipale de Santé.

11. — **de l'abdomen en général, du pancréas et de la rate**, par P. MICHAUT, Chirurgien de l'Hôpital Broussais.

12. — **du foie**, par E. SCHWARTZ, Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, Chirurgien de l'Hôpital Cochin.

13. — **de l'estomac et de l'intestin**, par TUFFIER, Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, Chirurgien de l'Hôpital Lariboisière.

14. — **du gros intestin, du rectum et de l'anus**, par GERARD-MARCHANT, Chirurgien de l'Hôpital Boucicaut.

15. — **des hernies**, par E. ROCHARD, Chirurgien des Hôpitaux de Paris.

16 et 17. — **des voies urinaires**, 2 volumes, par P. BAZY, Chirurgien de l'Hôpital Beaujon.

18. — **de l'appareil génital de l'homme**, par J. ARROU, Chirurgien des Hôpitaux de Paris.

19. — **de l'utérus, du vagin et de la vulve**, par L.-G. RICHELOT, Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, Chirurgien de l'Hôpital Saint-Louis.

20. — **des annexes de l'utérus**, par J.-L. FAURE, Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, Chirurgien des Hôpitaux.

21. — **du membre supérieur**, par LYOT, Chirurgien des Hôpitaux de Paris.

22 et 23. — **du membre inférieur**, par RIEFFEL, Chef des Travaux anatomiques à la Faculté de Médecine de Paris, Chirurgien des Hôpitaux.

24 et 25. — **Technique chirurgicale**, par A. RICARD, Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, Chirurgien de l'Hôpital Saint-Louis, et LAUNAY, Chirurgien des Hôpitaux de Paris.

VOLUMES PARUS AU 1er SEPTEMBRE 1901

E. Schwartz, **Chirurgie du Foie**, 1 vol. de 550 pages, avec 58 figures dans le texte . . . . . 7 fr.

P. Villemin, **Infections, Traumatismes et Diathèses**, 1 vol. de 550 pages, avec figures tirées en couleurs dans le texte. . . . . 7 fr.

J. Bouglé, **Chirurgie des artères, des veines, des lymphatiques et des nerfs**, 1 volume de 500 pages, avec 96 figures dans le texte. . . . . 6 fr.

P. Mauclaire, **Chirurgie générale des muscles, des tendons, des bourses séreuses et de la peau**, 1 volume de 425 pages, avec 79 figures dans le texte. . . . . 6 fr.

J. Arrou, **Chirurgie de l'appareil génital de l'homme**, 1 volume de 350 pages, avec figures dans le texte . . . 5 fr.

L.-G. Richelot, **Chirurgie de l'utérus, du vagin et de la vulve**, 1 volume de 600 pages, avec 160 figures dans le texte. . . . . 7 fr.

J.-L. Faure, **Chirurgie des annexes de l'utérus**, 1 volume de 475 pages, avec 222 figures dans le texte. . . . . 6 fr.

TOUS LES AUTRES VOLUMES DE LA BIBLIOTHÈQUE SONT EN COURS D'IMPRESSION OU DE RÉDACTION

BIBLIOTHÈQUE

DE

CHIRURGIE CONTEMPORAINE

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION

De A. RICARD et E. ROCHARD

CHIRURGIE

DES

ANNEXES DE L'UTÉRUS

CHIRURGIE

DES

ANNEXES DE L'UTÉRUS

PAR

J.-L. FAURE

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris,
Chirurgien des hôpitaux.

Avec 222 figures dans le texte.

PARIS
OCTAVE DOIN, ÉDITEUR
8, PLACE DE L'ODÉON, 8

1902

WZ 270
F25
1902

CHIRURGIE

DES

ANNEXES DE L'UTÉRUS

L'utérus et ses annexes forment pour l'anatomiste un tout indivisible. Leur commune origine, leurs étroites relations vasculaires, leurs connexions ligamenteuses, tout contribue à les réunir.

Il en est de même pour le chirurgien, et si, pour la clarté de la description, il est indispensable d'étudier séparément les affections de l'utérus et celles de ses annexes, elles n'en ont pas moins d'innombrables points de contact. Elles s'influencent entre elles d'une manière évidente, parfois même dérivent directement les unes des autres, si bien qu'il est à peu près impossible de les séparer. Les salpingites et la plupart des suppurations tubo-ovariennes succèdent pour ainsi dire toujours à des infections de l'utérus, et, d'autre part, l'état d'activité de la fonction ovarienne agit directement sur les maladies utérines.

Cette solidarité morbide se poursuit jusque dans la thérapeutique elle-même. On ne peut nier l'influence de l'extirpation des ovaires sur l'évolution des fibromes, et nous savons tous aujourd'hui que le sacrifice de l'utérus est indispensable à la cure de bien des suppurations annexielles.

Le chirurgien ne doit jamais perdre de vue cette union de tous les instants qui solidarise l'utérus et les annexes dans la santé comme dans la maladie. Il n'est plus permis aujourd'hui d'examiner un utérus sans tâcher en même temps de se rendre compte de l'état des trompes et des ovaires, ni d'explorer ces organes sans chercher à déterminer les rapports exacts que

CHIRURGIE

DES

ANNEXES DE L'UTÉRUS

L'utérus et ses annexes forment [illegible] indivisible. Leur commune origine [illegible] vasculaires, leurs connexions intimes [illegible] les réunir.

Il en est de même pour [illegible] la description [illegible] est indispensable [illegible] affections de l'utérus et celles de ses annexes [illegible] pas moins d'intimes relations [illegible] entre elles d'une manière [illegible] directement les unes aux autres, [illegible] impossible de les séparer. Les suppurations [illegible] purations intra-[illegible] à des infections de l'utérus, et d'autre part [illegible] de la fonction ovarienne [illegible] utérines.

Cette solidarité morbide se poursuit jusque dans la thérapeutique elle-même. On ne peut nier l'influence de l'extirpation des ovaires sur l'évolution des fibromes, et nous avons tous aujourd'hui que le sacrifice de l'utérus est indispensable à la cure de bien des suppurations annexielles.

Le chirurgien ne doit jamais perdre de vue cette union de tous les instants qui solidarise l'utérus et les annexes dans la santé comme dans la maladie. Il n'est plus permis aujourd'hui d'examiner un utérus sans tâcher en même temps de se rendre compte de l'état des trompes et des ovaires, ni d'explorer ces organes sans chercher à déterminer les rapports exacts que

l'utérus peut présenter avec eux. Et lorsqu'on prend le couteau pour pratiquer sur les annexes quelque intervention sanglante, il faut bien savoir qu'on peut toujours être entraîné par les nécessités de la clinique à étendre cette intervention à l'utérus lui-même.

C'est pourquoi je pense qu'il est bon, surtout dans un travail comme celui-ci, que j'ai, avant tout, l'ambition de rendre pratique, de montrer dans un court préambule les principaux rapports de ces organes entre eux et avec les parties voisines, et surtout les quelques détails anatomiques qu'il est indispensable de bien connaître parce qu'ils dominent toute la chirurgie des affections utéro-annexielles.

Lorsqu'on possède bien ces notions, je dirai presque ces principes anatomiques, d'ailleurs très simples, la technique opératoire se trouve singulièrement assurée. Certains cas qui, au premier abord, semblent très difficiles, peuvent devenir relativement simples, et il arrive souvent d'exécuter avec aisance et sécurité des opérations que la méconnaissance de ces notions fondamentales rend laborieuses, incertaines et graves.

NOTIONS

D'ANATOMIE CHIRURGICALE[1]

Lorsqu'on place une femme dans la position aujourd'hui classique pour les interventions sur les annexes, c'est-à-dire sur un plan incliné à 45°, et qu'on examine son excavation pelvienne après l'avoir débarrassée des intestins qui l'encombrent, on aperçoit immédiatement, au centre de cette excavation, le fond de l'utérus, facile à reconnaître à sa couleur d'un blanc rosé, à sa forme oblongue, et, au cas où l'œil ne suffirait pas, à sa consistance spéciale, à la fois ferme et élastique.

Ce *fond* de l'utérus, à grand axe transversal, s'effile de chaque côté au niveau des cornes utérines pour se continuer en ce point, sans ligne de démarcation bien nette, avec le bord supérieur des *ligaments larges* qui, partis des bords de l'utérus, se portent de chaque côté vers la paroi correspondante du petit bassin où ils se continuent avec le péritoine pariétal.

Le bord supérieur de chaque ligament large apparaît lui-même divisé en trois replis secondaires, trois *ailerons*, suivant le terme consacré, qui naissent tous les trois sur la corne utérine pour se porter en divergeant vers les parois pelviennes. Le principal, l'aileron supérieur, qui semble prolonger directement la corne

(1) Voir à ce sujet le livre récent de Paul Petit: *Anatomie gynécologique*. Paris, 1901. C'est une étude très sérieuse et très documentée de l'Anatomie pelvienne. Ou y trouvera, décrits avec précision, un grand nombre de détails qui intéressent le chirurgien plus encore que l'anatomiste.

Voir également le magnifique ouvrage d'Howard A. Kelly, *Operative gynecology*, 1900. Je tiens à remercier ici son auteur de l'autorisation qu'il a bien voulu me donner d'emprunter à ce beau livre quelques-unes de ses admirables figures.

de l'utérus, contient la *trompe*, dont l'extrémité externe se recourbe légèrement en arrière pour venir caresser l'ovaire des

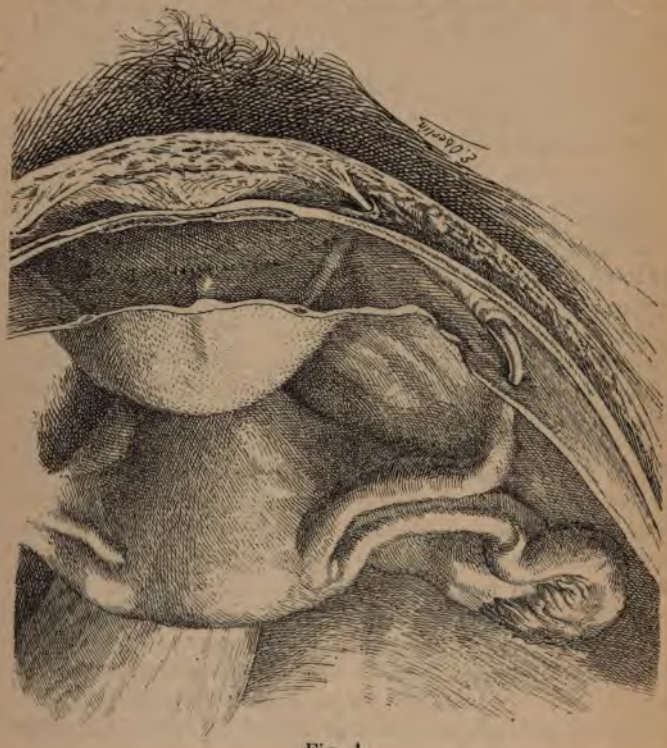


Fig. 1.
Aspect et disposition de l'utérus et des annexes droites, en position déclive.

franges de son pavillon. Cet *ovaire* dont l'aspect, même à l'état sain, est très variable, est souvent caché par la trompe et l'aileron supérieur qui la renferme. Il est en effet situé dans l'aileron postérieur, uni par le petit ligament utéro-ovarien à la corne utérine et relié au pavillon de la trompe par un ligament

plus chétif encore, le ligament tubo-ovarien, qui n'apparaît souvent que comme une frange plus développée que les autres.

Fig. 2.

Aspect de la cavité pelvienne, la malade étant en position déclive et l'utérus attiré en haut et en avant. Derrière l'utérus on aperçoit le cul-de-sac de Douglas, le rectum, les ligaments utéro-sacrés, l'uretère.

L'ovaire est donc situé dans l'aileron postérieur du ligament large, recouvert lui-même par l'aileron supérieur. Aussi faut-il, presque toujours, pour l'apercevoir, relever la trompe qui le cache (fig. 1, 2).

L'aileron antérieur est au contraire bien visible, surtout

lorsqu'on attire en haut le fond de l'utérus. On le voit alors se dessiner sur la face antérieure du ligament large, sous la forme d'une saillie allongée, qui, de la corne utérine, où se trouve son point d'implantation, un peu en avant de l'insertion de la trompe, se porte obliquement en dehors vers l'orifice interne du canal inguinal. Cette saillie est déterminée par le *ligament rond*.

Sur la ligne médiane, le fond de l'utérus se continue directement avec sa face antérieure qui apparaît dans la plus grande partie de son étendue, dans toute celle, au moins, qui est recouverte par le péritoine, c'est-à-dire du fond de l'utérus au

Fig. 3.

Demi-schématique.

Situation de l'utérus et disposition des culs-de-sac péritonéaux lorsque la vessie est vide.

cul-de-sac vésico-utérin. Lorsque la femme a été sondée, et que la vessie est vide, ce qui doit toujours être le cas au cours d'une opération, le cul-de-sac vésico-utérin n'existe pas. Il n'y a, en avant de l'utérus, entre sa face antérieure et le pubis, qu'une vaste dépression concave dont le fond est constitué par la vessie et le péritoine qui la recouvre (fig. 3). Lorsque la vessie se remplit, cette dépression se comble peu à peu et l'espace qui sépare l'utérus de la symphyse peut être occupé par

une saillie globuleuse qui repousse l'utérus en arrière ; mais on voit alors se creuser entre la vessie et l'utérus un cul-de-sac péritonéal d'autant plus profond que la vessie est plus volumineuse (fig. 4).

Lorsque la femme est sur le plan incliné, l'utérus tend à s'appliquer dans la concavité sacrée ; sa face antérieure se montre

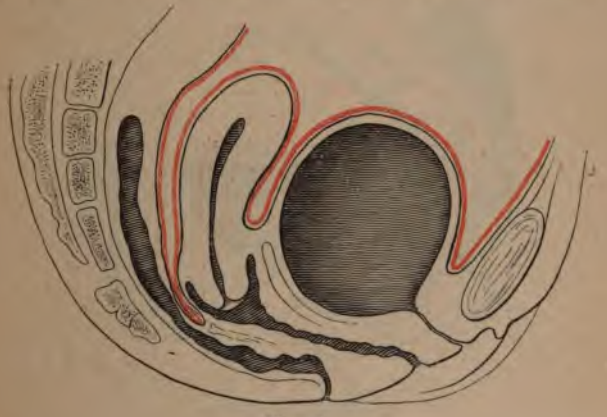


Fig. 4.
Demi-schématique.
Situation de l'utérus et disposition des culs-de-sac péritonéaux lorsque la vessie est pleine.

d'elle-même, mais en revanche sa face postérieure est invisible. Pour l'apercevoir, il faut saisir le fond de l'utérus avec les doigts, ou mieux avec une pince et l'attirer en avant, vers la symphyse pubienne. La face postérieure de l'utérus apparaît alors, se continuant sur les côtés avec le feuillet postérieur des ligaments larges.

En arrière de l'utérus est une cavité très profonde, le *cul-de-sac* de Douglas, qui constitue l'arrière-fond du péritoine pelvien, et dans laquelle fait saillie, en arrière, le rectum, dont la disposition est en ce point fort irrégulière. Parfois étroit et presque rectiligne, il peut au contraire se contourner et dé-

crire une ou plusieurs sinuosités volumineuses qui comblent presque entièrement le cul-de-sac de Douglas.

La face postérieure de l'utérus tout entière contribue à former la paroi antérieure de la cavité de Douglas. Mais le péritoine qui la tapisse ne s'arrête point au niveau du col utérin :

Fig. 5.

Demi-schématique.

Coupe antéro-postérieure du bassin montrant le cul-de-sac de Douglas dans les conditions ordinaires.

il empiète sur la paroi postérieure du vagin sur une certaine étendue pour se réfléchir sur le rectum au niveau du fond de la cavité (fig. 5, 6, 7).

La hauteur de la portion vaginale tapissée par le péritoine est plus considérable qu'on ne le dit généralement. Elle est d'ailleurs variable, et lorsqu'on attire fortement en haut l'utérus, on voit la cavité de Douglas se creuser plus profondément et la portion vaginale du cul-de-sac augmenter d'étendue. Elle peut atteindre ainsi plusieurs centimètres, et sans qu'on puisse fournir à cet égard de chiffres absolument précis, il est certain qu'il y a presque toujours en ce point assez de place pour pratiquer une large ouverture (fig. 6).

Cette disposition anatomique a une importance capitale au

point de vue chirurgical, soit que, dans certaines interventions vaginales, on aille, en arrière du col utérin, inciser le cul-de-sac postérieur du vagin pour ouvrir des collections pelviennes ou même tubaires, soit que, dans des opérations abdominales, on veuille au contraire inciser de haut en bas la paroi vaginale, im-

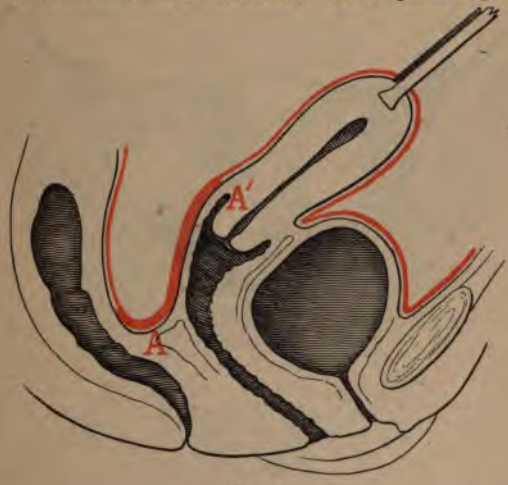


Fig. 6.

Demi-schématique. L'utérus est fortement attiré en haut et en avant.

Le cul-de-sac de Douglas devient plus large, plus profond, le vagin se sépare du rectum sur une certaine étendue et la hauteur de la paroi postérieure du vagin en contact avec le péritoine, AA', augmente très sensiblement.

médiatement au-dessous du col pour pénétrer dans le vagin, afin de saisir le col utérin ou d'établir quelque large drainage.

L'utérus et les annexes sont donc presque libres dans la cavité pelvienne et ne sont fixés à ses parois et à son plancher que par des liens relativement peu importants et que j'étudierai dans un instant. Cette disposition le rend presque indépendant des organes voisins, avec lesquels, si l'on en excepte le vagin, il n'a que des rapports de contiguité.

En *arrière*, en effet, il est complètement séparé du rectum par le large et profond cul-de-sac de Douglas.

En *avant*, il ne touche à la vessie que par le tiers inférieur de sa face antérieure, de l'insertion vaginale à l'isthme, la face

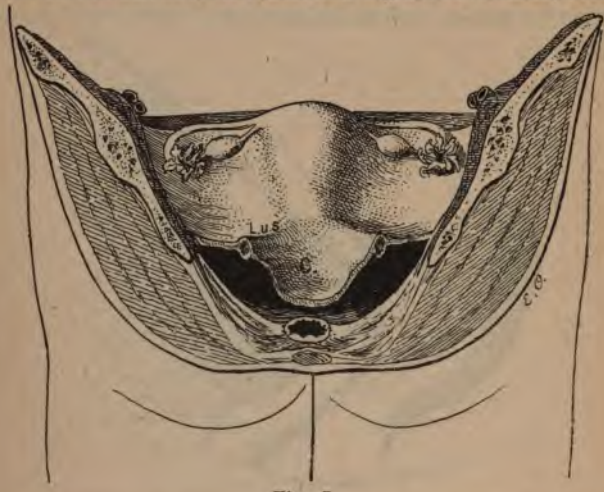


Fig. 7.

Coupe transversale du bassin passant au niveau du fond du cul-de-sac de Douglas. Vue postérieure de l'utérus et des ligaments larges.

L. U. S. Coupe des ligaments utéro-sacrés.

antérieure du corps étant tout à fait libre et recouverte par le péritoine. Entre l'utérus et la vessie, au point où ces deux organes sont en contact, est un tissu cellulaire assez lâche et qui, sur le vivant, se laisse dissocier avec une extrême facilité, si bien que ces deux organes se séparent aisément l'un de l'autre, soit sous l'action du doigt, soit même par simple traction et sans aucun risque de déchirure de la vessie, au moins lorsqu'elle est saine. C'est le feuillet péritonéal qui passe de l'utérus sur la vessie qui les unit le plus étroitement; mais ce feuillet séreux n'est pas, en général, si résistant qu'on ne puisse l'effondrer avec le doigt, pour peu qu'on y mette quelque énergie.

Les rapports chirurgicaux les plus importants sont ceux que l'utérus affecte avec l'*uretère*. Celui-ci, quittant près du plancher pelvien la paroi latérale du bassin, se porte en avant

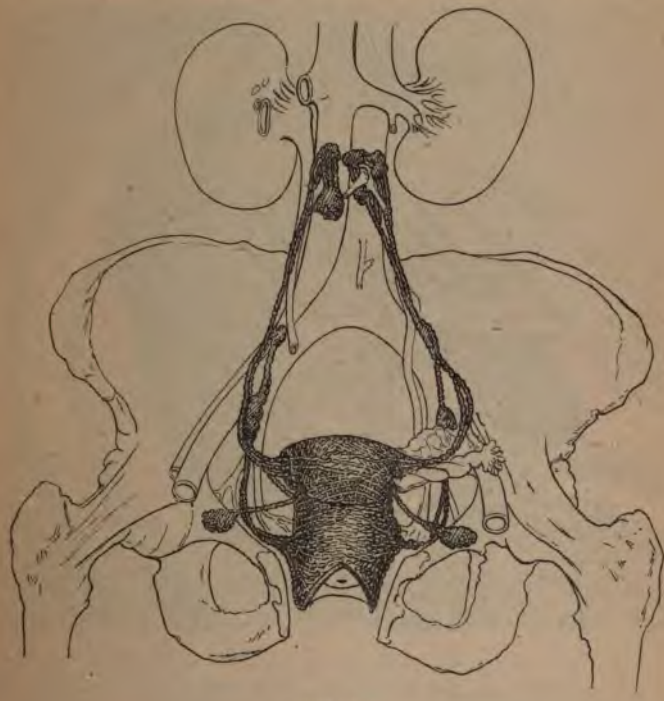


Fig. 8.

Vaisseaux et ganglions lymphatiques de l'utérus et des annexes (KELLY).

et en dedans, pour aller s'ouvrir dans le bas-fond de la vessie, tout près de la ligne médiane. Dans ce trajet oblique, il est couché dans la base du ligament large, tout près de l'*artère utérine* qui est située *au-devant* de lui et marche parallèle-

ment à lui pendant quelques centimètres. Mais arrivé à deux ou trois centimètres de la partie latérale du col utérin, l'uretère croise l'artère utérine en passant *au-dessous* d'elle, puis

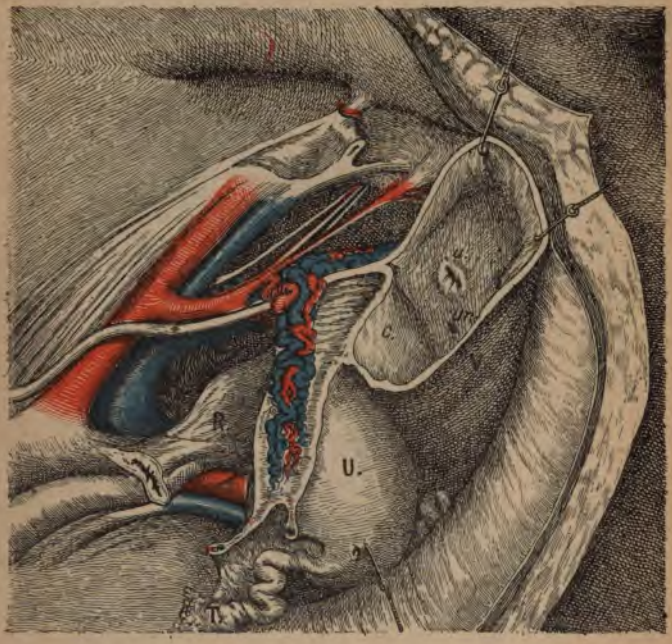


Fig. 9.

Rapports de l'uretère (d'après KELLY).

La partie gauche de la vessie et le ligament large gauche ont été coupés. La section porte au point d'abouchement de l'uretère dans la vessie. On voit l'uretère, couché sur la partie latérale du col utérin C, qui soulève le bas-fond vésical, passer derrière les vaisseaux utérins. — *u*, urèthre, *ur*, uretère droit.

se porte en avant et en dedans en se rapprochant un peu du col utérin, qui lui devient bientôt postérieur. Mais alors l'uretère, continuant à descendre vers le bas-fond de la vessie, dépasse le niveau inférieur du col, arrive au contact du cul-de-

sac vaginal antérieur et pénètre bientôt dans l'épaisseur des tuniques vésicales (fig. 9, 10, 11).

Dans tout ce trajet, l'uretère ne s'approche pas du col à moins de 12 à 15 millimètres. Il est, en outre, situé dans un

Fig. 10.
Rapports de l'uretère et de la vessie avec l'utérus et le vagin. (Kelly).

tissu cellulaire assez lâche et il est facile de s'expliquer comment, au cours des innombrables hystérectomies que l'on fait aujourd'hui, les blessures de l'uretère sont relativement si rares [1]. C'est qu'en effet l'uretère, fixé à la vessie que les ligaments pubo-vésicaux fixent elle-même au pubis, ne participe pas aux mouvements du col utérin lorsqu'on vient à attirer

[1] J'ai fait à ce sujet quelques recherches qui m'ont paru confirmer pleinement celles de Ricard. *Sem. méd.*, 1887, p. 39, et de Pierre Delbet. *Congrès de chirurgie*, 1896, p. 881. Voir également Paul Petit. *Anat. gynécologique*, p. 155.

celui-ci dans un sens ou dans l'autre. Non seulement le soin que l'on prend de ne pas s'écarter du tissu utérin dans la libération du col doit préserver des blessures de l'uretère, qui reste toujours situé à une certaine distance, mais cette distance augmente très sensiblement lorsqu'on vient à imprimer au

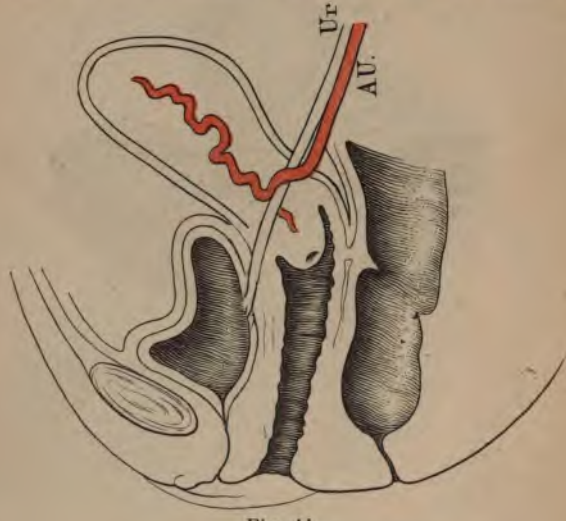


Fig. 11.

Demi-schématique.

Rapports de l'uretère avec l'artère utérine, le col utérin et le cul-de-sac vaginal antérieur (vue latérale).

col utérin des mouvements qui varient d'ailleurs avec le procédé opératoire auquel on a recours.

Lorsqu'on abaisse l'utérus, comme il arrive par exemple dans l'hystérectomie vaginale, la vessie, après son décollement de l'utérus, reste maintenue par une valve derrière le pubis. Son bas-fond se déplace à peine et le point d'abouchement des uretères reste par conséquent à peu près fixe. L'utérus s'abaissant, les deux uretères sont donc obligés de remonter le long des bords de l'utérus, mais ils n'entrent pas en

contact avec lui. Ils sont en effet forcés de s'écarter de ces bords à cause des vaisseaux utérins, qui, si on prend soin de ne pas les sectionner dès le début de l'opération, descendent avec le col utérin, en rejetant sur le côté les uretères qui les embrassent dans leur concavité supérieure et glissent de bas en haut et de dedans en dehors sur la concavité inférieure des

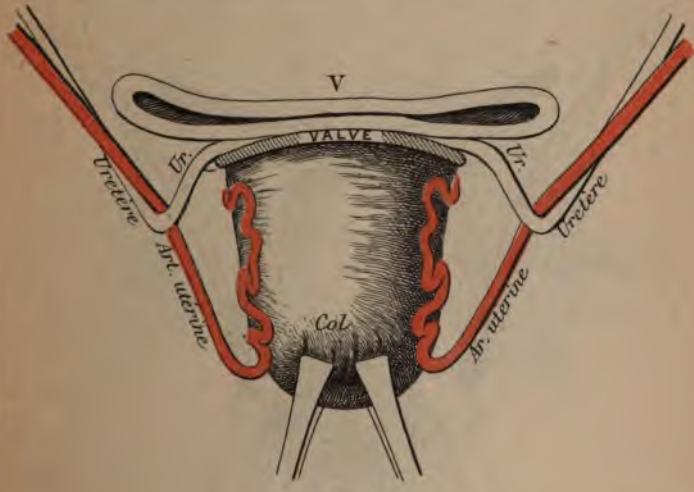


Fig. 12.

Demi-schématique.

Montre la façon dont les uretères s'écartent du col utérin lorsqu'on attire celui-ci vers le bas, dans l'hystérectomie vaginale.

vaisseaux utérins. Plus l'utérus s'abaisse, plus la corde formée de chaque côté par les vaisseaux utérins se tend et écarte les uretères (fig. 12), si bien que, lorsqu'on vient à faire basculer l'utérus en avant, comme dans les procédés le plus communément employés, le fond de l'utérus, glissant sous le bas-fond vésical, finit par passer entre les deux uretères qui s'écartent de plus en plus (fig. 13, 14).

Lorsqu'on fait basculer l'utérus en arrière, le fond de l'uté-

rus, entraîné vers le rectum, passe entre les deux uretères qui sont, en ce point, très éloignés l'un de l'autre. Ce n'est qu'à la fin de l'opération lorsque, après avoir sectionné la partie supérieure des ligaments larges, qui se présente la première, on approche du col, que le voisinage des uretères devient dangereux. Il est cependant facile d'éviter leur bles-

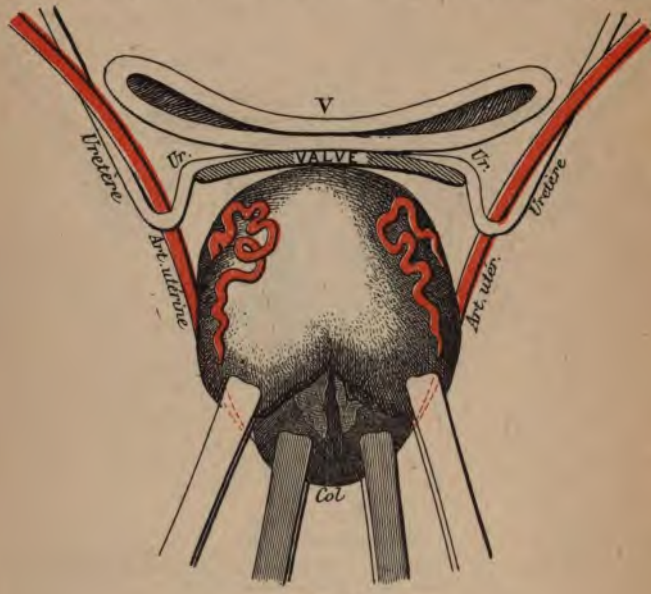


Fig. 13.
Demi-schématique.
Montre comment le fond de l'utérus passe entre les deux uretères, dans la bascule en avant, au cours de l'hystérectomie vaginale (vue antérieure).

sure, comme dans les cas où on fait basculer l'utérus en avant. En effet, les pédicules latéraux du col, constitués par les vaisseaux utérins, qu'il faut couper, se trouvent déjà tout entiers en dedans des uretères. Ceux-ci se trouvent donc tout naturellement rejetés en dehors et le col passe entre les deux au point

où ils se rapprochent de la ligne médiane en convergeant l'un vers l'autre. — D'ailleurs, comme l'abaissement du col a précédé la bascule de l'utérus en arrière, de même qu'il précède sa bascule en avant, le col, dès le début de l'opération, se trouve déjà au-dessous des uretères, entre lesquels il est descendu,

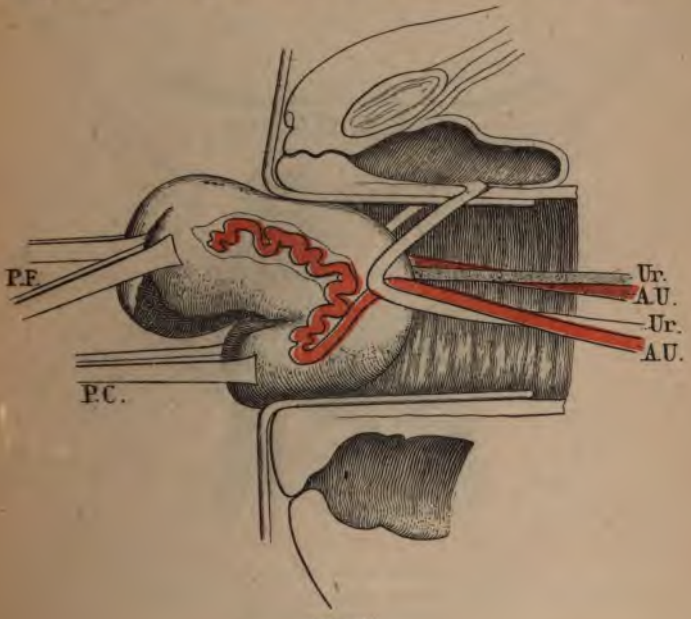


Fig. 14.
Demi-schématique.
Rapports de l'utérus et des uretères pendant la bascule en avant (vue latérale).

tandis que la valve vésicale les maintient en sûreté dans leur situation (fig. 15, 16).

Dans les procédés d'hystérectomie abdominale, lorsqu'on vient à attirer l'utérus vers le haut, l'uretère, fixé au bas-fond vésical que ses attaches au pubis rendent lui-même à peu près

immobile, ne peut suivre ce mouvement. Il glisse au contraire de haut en bas sur les côtés du col, et bientôt perd le contact de celui-ci pour se mettre en rapport avec les parties latérales du vagin. Plus l'utérus s'élève et plus l'uretère s'éloigne, si bien

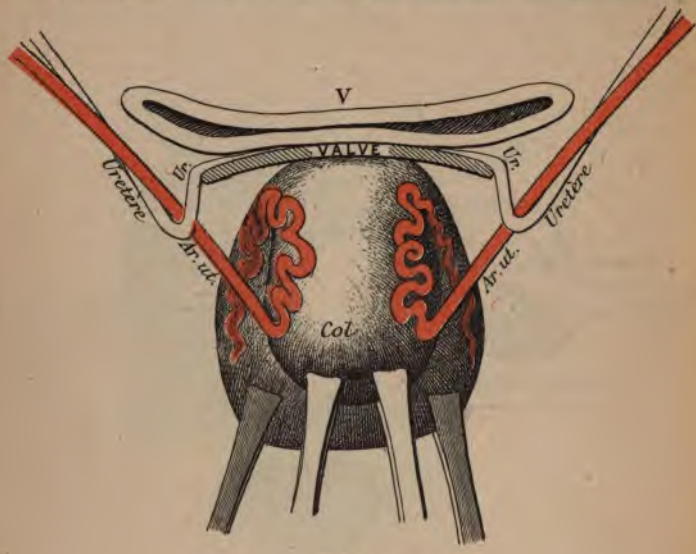


Fig. 15.

Demi-schématique.

Montre comment le fond de l'utérus passe entre les deux uretères dans la bascule en arrière (vue antérieure).

que, lorsqu'on attire fortement l'utérus en haut, comme il faut le faire, les rapports entre le col et l'uretère deviennent assez lointains pour qu'il n'y ait plus rien à craindre, à condition toutefois de ne pas s'écarter, dans les manœuvres autour du col, du tissu utérin, qui doit servir de point de repère (fig. 17, 18).

Tels sont les rapports chirurgicaux de l'utérus.

Il est en outre en contact avec les anses intestinales qui l'en-

veloppent presque complètement, remplissant en arrière le cul-de-sac de Douglas, en avant le cul-de-sac vésico-utérin, et couvrant de leurs replis, constitués tantôt par le côlon pelvien, tantôt par les anses grêles, le fond de l'utérus et les ailerons

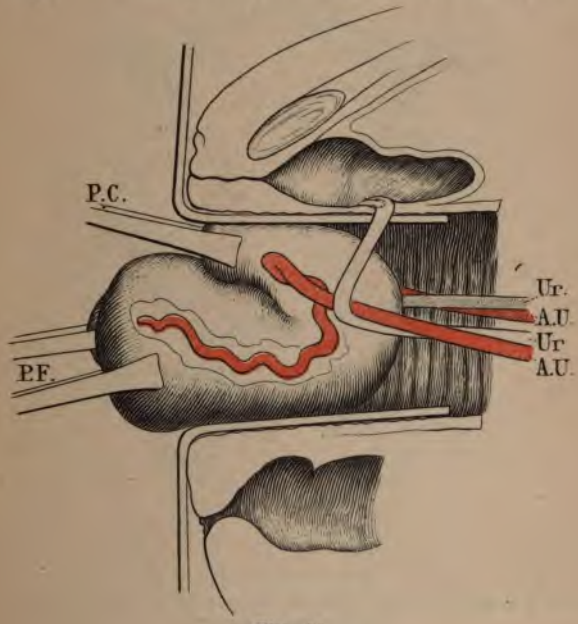


Fig. 16.
Demi-schématique.
Rapports de l'utérus et des uretères pendant la bascule en arrière (vue latérale).

des ligaments larges. Ce contact avec les anses intestinales, qui, à l'état sain, est sans importance et disparaît lorsque le paquet intestinal est refoulé par des compresses, peut au contraire, à l'état pathologique, prendre une importance capitale, du fait des adhérences intimes qui peuvent unir les anses intestinales aux parties malades et entraîner ainsi des difficultés opératoires considérables.

Tel qu'il est, uni aux parties voisines par des ligaments extrêmement souples, l'utérus est d'une mobilité extrême et pour peu qu'on l'attire avec des pinces soit vers le haut dans les opérations abdominales, soit vers le bas dans les opéra-

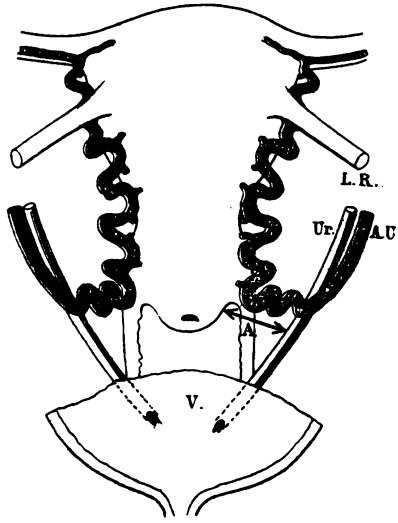


Fig. 17.
Demi-schématique.
La flèche A montre la distance qui sépare l'uretère du col utérin, lorsque l'utérus est en situation normale

tions vaginales, on peut le conduire successivement dans tous les points du petit bassin, l'élever, l'abaisser, le dévier en tous sens, tant les tissus vivants qui lui servent d'attaches sont d'une admirable souplesse.

Il est de première importance, en se plaçant au seul point de vue de la technique opératoire, de bien connaître les *moyens de fixité* de l'utérus et de savoir quels sont les points d'attache qu'il faudra trancher dans l'extirpation de cet organe. L'utérus

est relié aux parois pelviennes par les *ligaments larges*, les *ligaments utéro-sacrés* et les *ligaments ronds*. Ces derniers sont d'ailleurs inclus dans les ligaments larges et sectionnés en même

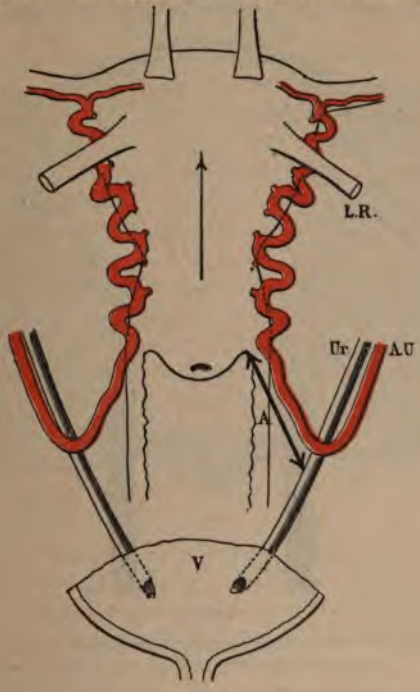


Fig. 18.

Demi-schématique.

L'utérus est attiré en haut, dans l'hystérectomie abdominale. La distance A entre l'uretère et le col utérin devient plus considérable.

temps. Les ligaments larges sont très étendus, mais très souples, et en réalité fort peu résistants. C'est leur partie supérieure, insérée sur la corne utérine, et qui contient le pédicule de la trompe et la racine des ligaments ronds, qui offre seule quelque résistance. Leur partie inférieure n'a quelque solidité

que parce qu'elle contient des vaisseaux et constitue le pédicule vasculaire le plus important de l'utérus. Quant à la partie moyenne des ligaments larges, insérée sur les bords de l'utérus, entre la corne et l'isthme, et constituée simplement par

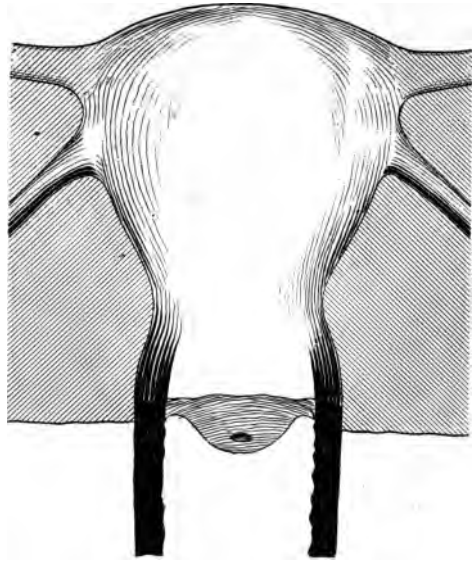


Fig. 19.

Schéma montrant l'importance relative des divers moyens d'union de l'utérus aux parties voisines.

Les parties les plus foncées étant les plus résistantes, on voit clairement l'importance du vagin comme moyen d'attache de l'utérus.

deux minces feuillets péritonéaux que sépare une lame celluleuse, elle est sans force et n'a pas de beaucoup, au point de vue opératoire, l'importance de l'étage supérieur et de l'étage inférieur de ces mêmes ligaments.

Les *ligaments utéro-sacrés* se portent en arrière, du col utérin vers le sacrum, en formant la charpente de ces replis de Douglas si faciles à voir lorsqu'on regarde par en haut le fond du

petit bassin. Leur puissance est considérable. Ils s'opposent au déplacement du col utérin vers la symphyse pubienne, et au cours d'une hystérectomie totale ils doivent être tranchés avec des ciseaux, au ras de l'utérus, car ils sont assez solides pour résister à des tractions énergiques.

J'ai dit plus haut que les adhérences celluleuses qui unissent l'utérus à la vessie sont insignifiantes. Elles ne comptent pas. Mais il est un organe qui vient, en s'insérant sur l'utérus, constituer son moyen de fixité de beaucoup le plus important, c'est le *vagin*. Le vagin, par son insertion circulaire autour du col utérin, le fixe au plancher pelvien d'une manière invincible. Les autres moyens d'attache, ligaments larges, ligaments ronds, ligaments utéro-sacrés même, ne sont rien à côté du vagin (fig. 19). Tant que les insertions vaginales du col utérin n'ont pas été tranchées, la section de tous les autres ligaments ne sert pour ainsi dire à rien, et l'utérus reste inébranlable. Lorsque le vagin est désinséré, l'utérus au contraire ne tient pour ainsi dire plus, malgré la persistance des autres ligaments, dont les manœuvres les plus simples permettent de se débarrasser. C'est là une notion fondamentale et qui domine toute la technique de l'hystérectomie, et en particulier de l'hystérectomie abdominale totale.

Les dernières notions indispensables au chirurgien sont celles qui ont trait à la disposition des vaisseaux utérins et à l'exacte situation des *pédicules vasculaires*, ou tout au moins des *pédicules artériels*, car les *plexus veineux* qui sont situés tout le long des bords de l'utérus et tout autour du col, n'ont, au point de vue opératoire, qu'une importance tout à fait secondaire. Il est d'ailleurs presque impossible de les isoler. Le col de l'utérus et ses bords baignent en effet dans d'abondants plexus qui vont, en haut et en bas des ligaments larges, verser leur sang dans les veines utérines et utéro-ovariennes.

La disposition des artères qui nourrissent l'utérus et ses annexes est beaucoup plus régulière que celle des veines. Fredet[1] en a fait tout récemment une étude anatomique excel-

[1] Fredet. *Recherches sur les artères de l'utérus*. Th. Paris, 1899.

lente à laquelle je ne saurai mieux faire que de renvoyer le lecteur pour une foule de détails qui ne peuvent trouver place ici. L'*artère du ligament rond*, qui aborde la corne utérine en même temps que cet organe, n'a aucune importance chirurgicale. Coupée, elle donne à peine quelques gouttes de sang. Il faut cependant la connaître, et, après toute hystérectomie abdominale, ne pas refermer le ventre avant de s'être rendu compte que l'hémostase du ligament rond est parfaitement assurée.

Il n'en est pas de même des autres artères de l'utérus. Celles-ci sont au nombre de deux de chaque côté. La première, destinée surtout aux annexes, et assez insignifiante en dehors de la grossesse, vient les aborder obliquement en rampant dans la partie la plus élevée du ligament large. C'est l'*artère utéro-ovarienne*. Elle occupe, avec le plexus veineux qui l'accompagne, le repli péritonéal qui s'étend de l'extrémité de la trompe au détroit supérieur, qu'il aborde vers la symphyse sacro-iliaque. Ce repli, auquel Henle a donné le nom de ligament infundibulo-pelvien, est toujours facile à reconnaître et c'est lui qu'il faudra chercher lorsqu'on voudra trouver l'artère utéro-ovarienne située dans son intérieur. Arrivée près de l'extrémité externe de l'ovaire, l'artère utéro-ovarienne donne à cet organe quelques petits rameaux, puis gagne la corne utérine au niveau de laquelle, après avoir abandonné quelques ramuscules à l'utérus, elle s'anastomose avec une anse artérielle flexueuse qui longe le bord utérin et vient directement de l'artère utérine dont elle continue le trajet.

Cette *artère utérine* est de beaucoup le vaisseau le plus important de l'utérus. C'est elle qui lui apporte presque tout le sang qui le nourrit. Née de l'hypogastrique, elle se porte obliquement dans la base du ligament large, en avant de l'uretère qu'elle longe pendant quelques centimètres, puis qu'elle croise en passant *au devant* et *au-dessus* de lui pour se porter sur les côtés du col utérin. Elle se trouve alors noyée dans un large plexus veineux qui court lui-même dans un feutrage cellulaire assez dense. L'artère est cependant assez facile à isoler. On la reconnaît à ses nombreuses flexuosités et à son volume qui est à peu près celui d'une plume de corbeau. Elle a trois

millimètres environ de diamètre, elle est blanchâtre, flexueuse, parfois même contournée en hélice. Cette disposition serpentine la rend relativement indépendante du tissu cellulaire ambiant, si bien que, lorsqu'on opère dans son voisinage, elle se dégage souvent d'elle-même, facile à reconnaître au premier coup d'œil (fig. 20).

A deux centimètres environ du col, à peu près au point où

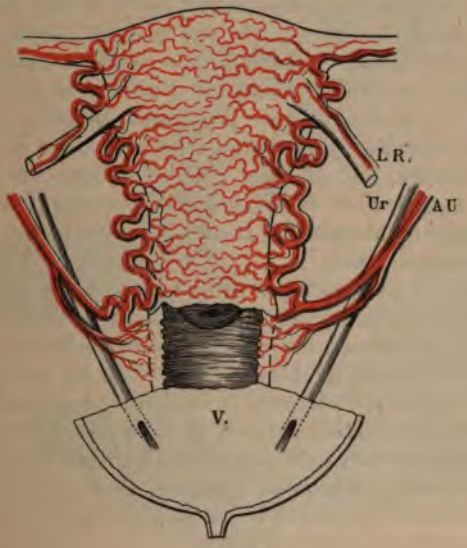


Fig. 20.
L'artère utérine et ses rapports (demi-schématique).

elle passe devant l'uretère, elle commence à donner des branches qui vont se jeter, les unes dans les parois vaginales supérieures, les autres dans l'épaisseur du col utérin. Ces branches sont assez nombreuses et forment un véritable bouquet artériel. Mais, après avoir donné ces branches, le tronc principal de l'utérine, s'infléchissant vers le haut et conservant son caractère flexueux, remonte parallèlement au bord de l'utérus pour

aller s'anastomoser près de la corne utérine avec l'extrémité de l'utéro-ovarienne.

Pendant son trajet le long du bord de l'utérus, l'artère utérine reste détachée du corps de l'organe, de sorte que son tronc ne pénètre pas dans l'utérus. Il ne fait que lui envoyer des branches plus ou moins nombreuses, mais d'un volume en général faible.

C'est là un fait très important au point de vue chirurgical. En effet, lorsqu'on ne s'écarte pas du tissu utérin au cours d'une hystérectomie et particulièrement d'une hystérectomie abdominale, lorsqu'on rase le col d'aussi près que possible, comme on le fait dans certains procédés opératoires que j'aurai l'occasion d'étudier plus loin, on ne coupe pas le tronc de l'artère utérine, qui est situé plus en dehors, on ne coupe que des branches de faible volume qui peuvent ne donner qu'une insignifiante quantité de sang et parfois même ne nécessitent aucune ligature.

Il y a donc, en résumé, si l'on se place à un point de vue exclusivement chirurgical, *quatre pédicules artériels* qui se rendent à l'utérus et à ses annexes. Deux *supérieurs*, les *pédicules utéro-ovariens*, qu'il est facile de saisir au moment où ils quittent les parois pelviennes pour aborder les annexes, dans le ligament infundibulo-pelvien, et deux *inférieurs*, les *pédicules utérins*, dans la base des ligaments larges, de chaque côté du col, et qui, selon qu'on s'éloigne plus ou moins de cet organe contiennent soit le tronc de l'artère utérine, soit de simples rameaux de cette artère.

Tous ces détails, d'ailleurs bien simples, ont, je le répète, la plus grande importance au point de vue opératoire. J'aurai l'occasion d'y revenir longuement plus loin.

Ce n'est pas ici le lieu d'insister sur les divers modes d'*exploration* des annexes, étudiés tout au long dans les traités spéciaux. Il en est un qui prime tous les autres. C'est l'*exploration bimanuelle*, le *toucher vaginal* combiné avec la *palpation sus-pubienne*. Cette manœuvre permet mieux que toute autre de se rendre exactement compte, lorsque la paroi abdominale

n'est ni trop épaisse ni trop résistante, de la situation, du volume et des rapports réciproques de l'utérus et de ses annexes. Je n'insisterai que sur un point, parce qu'il me semble qu'il n'est pas aussi universellement connu qu'il devrait l'être et parce que des ouvrages importants dans lesquels les divers modes d'ex-

Fig. 21.
Exploration bimanuelle. Toucher vaginal avec deux doigts (KELLY).

ploration utérine sont décrits dans tous leurs détails semblent n'y attacher aucune importance et le passent même sous silence. Le toucher vaginal doit toujours être pratiqué *avec deux doigts* (fig. 21). Seules, certaines circonstances particulières, étroitesse du vagin, intégrité de l'hymen, vaginisme, etc., doivent faire renoncer à cette règle. Le toucher avec deux doigts,

index et médius, donne des renseignements infiniment plus clairs, plus précis et plus nets que le toucher avec l'index seul. Le toucher avec un seul doigt doit être exceptionnel, et person-

Fig. 22.
Examen gynécologique en position dorso-sacrée déclive avec la table de JAYLE.

nellement, il m'arrive beaucoup plus souvent de pratiquer le toucher avec trois doigts qui, lorsque les dimensions du vagin le permettent, ce qui n'est pas très rare, donne des renseignements plus précis encore que le toucher avec deux doigts et permet de se rendre un compte plus exact de l'état anatomique du petit bassin.

Je rappelle encore qu'il est de toute nécessité de s'habituer à pratiquer le toucher vaginal avec la main gauche aussi bien qu'avec la main droite. L'état des annexes droites, pour peu qu'elles ne soient pas très volumineuses, ne s'apprécie bien, en effet, qu'en touchant la femme avec la main droite, tandis que la main gauche peut seule explorer avec précision les annexes du côté gauche.

Enfin, dans les cas difficiles, il peut être très avantageux de pratiquer l'exploration bimanuelle, en mettant la malade *en position déclive* (fig. 22). La table de Jayle, qui permet de renverser la femme avec facilité, est excellente. Sous l'influence de la position, les viscères descendent vers le diaphragme, le petit bassin se vide, les organes sains ou malades deviennent beaucoup plus accessibles, et il est quelquefois possible de se rendre un compte exact de lésions qu'un examen ordinaire n'eut pas permis de révéler.

CLASSIFICATION

DES LÉSIONS ANNEXIELLES

Les annexes de l'utérus n'échappent pas à la loi commune et les grands processus morbides qui dominent la pathologie se retrouvent ici comme partout ailleurs. Mais leur importance est très inégale.

C'est ainsi que le traumatisme sous toutes ses formes, plaies, contusions, ruptures et déchirures, peut venir atteindre les annexes. Le fait est très rare, à cause de la petitesse et de la mobilité de ces organes, et aussi de la barrière solide qu'oppose aux violences extérieures le mur de l'enceinte pelvienne. Les *lésions traumatiques* de la trompe et de l'ovaire n'en existent pas moins, mais elles sont toujours associées à des désordres beaucoup plus graves et passent au dernier plan. En réalité elles ne méritent aucune description spéciale, et je n'en dirai rien.

Il n'en est pas de même des *lésions infectieuses*. Par leur fréquence et leur gravité, elles commandent à chaque instant l'intervention chirurgicale. Leur étude domine presque complètement la pathologie des annexes et j'aurai à les décrire avec soin, en m'attachant surtout à ce qui concerne leur traitement.

Les *lésions organiques*, quel que soit d'ailleurs le sens qu'on attache à ce terme, sont aussi des plus communes. Leur étude se limite à l'histoire des tumeurs et en particulier des kystes de l'ovaire. Elle n'en constitue pas moins un des chapitres les plus importants de la chirurgie abdominale.

On sait que, depuis quelques années, la pathologie de la trompe s'est enrichie d'un chapitre nouveau. L'*hématocèle pelvienne* doit être presque toujours rapportée à la rupture d'une

grossesse tubaire. Il est donc tout naturel de faire rentrer dans la pathologie des annexes l'étude de la grossesse ectopique et de ses complications hémorragiques.

J'étudierai enfin les affections des *ligaments larges* qui sont assez importantes et celles des *ligaments ronds*, qui le sont infiniment moins.

CHAPITRE PREMIER

LÉSIONS INFECTIEUSES

L'infection microbienne rencontre dans les voies génitales son terrain de prédilection. Leur ouverture à l'extérieur, les causes d'inoculation incessamment renouvelées, et qui trouvent dans la vaste plaie qui suit l'accouchement ou les plaies microscopiques qui accompagnent chaque période menstruelle un terrain tout préparé pour les recevoir, la profondeur des muqueuses malades, souvent inaccessibles à un traitement direct, tout contribue à favoriser l'infection et à l'entretenir lorsqu'elle est établie.

Ainsi s'explique la fréquence et la ténacité des métrites. Mais l'infection ne reste pas localisée à la muqueuse utérine. Bien souvent, par un mécanisme que j'aurai à étudier, elle se communique à la muqueuse de la trompe, et, s'avançant de proche en proche, se propage à l'ovaire et au péritoine pelvien lui-même.

Ainsi naissent et se constituent les *infections annexielles*, les *salpingites*, les *ovarites*, les *pelvipéritonites*, dont les lésions se suivent, s'entremêlent et se compliquent de mille manières et se présentent sous des aspects d'une variété infinie.

D'ailleurs les microbes ordinaires de la suppuration ne sont pas les seuls qui puissent envahir les annexes. Il n'est pas rare d'y rencontrer le bacille de Koch et d'y voir se développer des lésions tuberculeuses plus ou moins étendues.

J'auraidonc à étudier principalement les *infections* et les *suppurations annexielles*, auxquelles se rattachent directement les *pelvi-péritonites* et les *phlegmons péri-utérins*. La *tubercu-*

lose des mêmes organes, n'a qu'une importance très secondaire et nous arrêtera moins longuement.

Toutes ces divisions sont d'ailleurs un peu artificielles et, s'il est possible, si même il est utile d'en tenir compte pour la description anatomo-pathologique et clinique des suppurations pelviennes, il est au contraire indispensable de condenser en un même chapitre l'étude de leur *traitement*.

En effet, ce n'est très souvent qu'au cours du traitement lui-même qu'on peut se rendre compte des lésions pour lesquelles on intervient. S'il est en général assez facile de reconnaître qu'on se trouve en présence de suppurations annexielles, la détermination précise des lésions est le plus souvent impossible. Lorsque le chirurgien, après avoir discuté le traitement, se décide à intervenir, lorsqu'il prend le couteau, ce n'est donc pas en général pour combattre une lésion bien définie et aller jusqu'au bout sans modifier son plan opératoire, c'est le plus souvent pour aller à la découverte, en pliant sa conduite au gré des circonstances. Seuls l'examen direct des lésions, la constatation de leur profondeur et de leur étendue lui dictent sa façon d'agir.

Je crois donc qu'il est beaucoup plus conforme à la réalité clinique de consacrer au *traitement* des suppurations pelviennes une étude d'ensemble et de rechercher quelle est la meilleure conduite à tenir en présence des cas très divers qui peuvent se rencontrer. C'est pourquoi je décrirai en premier lieu les diverses formes anatomiques et cliniques des suppurations pelviennes et je terminerai leur étude par celle de leur traitement.

I

SALPINGO-OVARITES

Il est impossible de séparer l'étude des infections tubaires de celle des infections ovariennes. On peut voir, il est vrai, quelquefois, des salpingites que n'accompagne aucune lésion de l'ovaire, comme on peut rencontrer des ovaires malades avec des trompes saines. Mais ce fait est relativement rare. Presque toujours les infections des deux organes marchent de pair et il est, en pratique, absolument nécessaire de les réunir. J'étudierai donc en même temps les infections tubaires et les infections ovariennes, les *salpingo-ovarites* pour employer un terme qui, bien que d'une formation étymologique défectueuse, a pour lui l'avantage inappréciable d'être consacré par l'universel usage.

Les *salpingo-ovarites* sont des affections provoquées par la pénétration et le développement dans les trompes et les ovaires des divers micro-organismes de la suppuration.

Leur histoire chirurgicale date d'hier, et les notions anatomo-pathologiques et cliniques que nous possédons sur elles ne sont pas, à vrai dire, beaucoup plus anciennes. Ce n'est, en effet, que du jour où la chirurgie abdominale a commencé à prendre son essor qu'il a été donné aux chirurgiens d'étudier sur le vif et à toutes les périodes de leur évolution les lésions tubo-ovariennes. Auparavant les quelques descriptions qu'on en avait données n'étaient guère que la relation de trouvailles d'autopsie, mal étudiées et mal interprétées, comme il arrive trop souvent pour les lésions à l'examen desquelles on pense ne pouvoir attribuer aucune utilité pratique. Il est, en effet,

bien évident qu'avant l'ère actuelle les chirurgiens ne concevaient guère qu'on put aller s'attaquer directement, comme on le fait aujourd'hui, aux suppurations annexielles.

Leur étude est donc toute récente et ce ne sont pas les travaux d'Astruc qui, en 1761, avait signalé des hydropisies tubaires, ni de Portal, qui, en 1804, s'était occupé des affections de la trompe, qui nous ont appris grand chose. J'en dirai autant des recherches de Bright, Lisfranc, Aran, Brouardel, Siredey, des études histologiques de Rokitansky, de Klob, de Virchow.

Il a fallu que vint l'ère chirurgicale moderne, inaugurée en 1872 par Lawson Tait, pour que l'histoire anatomo-pathologique, clinique et thérapeutique des salpingites se transformât complètement. Les innombrables opérations pratiquées depuis cette époque ont suscité d'innombrables travaux. Tous les chirurgiens, et de tous les pays, s'en sont occupés et ont apporté à l'œuvre commune leur contribution et leurs documents personnels. En France, nous avons eu les thèses de Lavie, de Monprofit, de Mordret, de Reymond, les travaux de Cornil, de Delbet, de Terrier, de Terrillon, les discussions cliniques et thérapeutiques de Bouilly, de Péan, de Segond, d'une infinité d'autres que je ne nommerai pas, ne pouvant les nommer tous, car les travaux se multiplient et se continuent encore. C'est aujourd'hui la thérapeutique qui intéresse surtout les chirurgiens et nous verrons plus loin toutes les discussions et tous les travaux qu'ont provoqués et inspirés les méthodes chirurgicales qu'on dirige aujourd'hui contre les salpingites.

Étiologie et pathogénie. — Les longues discussions sur la cause première des suppurations annexielles ne sont plus de mise aujourd'hui. Les salpingo-ovarites sont toutes d'origine infectieuse, et les seuls points sur lesquels nous ayions encore à apprendre sont ceux qui ont trait à la nature des agents pathogènes et à la voie qu'ils suivent pour arriver jusqu'aux annexes.

Il est de toute évidence que les microbes pyogènes ordinaires transportés au niveau des trompes et des ovaires y détermineront, comme partout ailleurs, des réactions morbides et des

index et médius, donne des renseignements infiniment plus clairs, plus précis et plus nets que le toucher avec l'index seul. Le toucher avec un seul doigt doit être exceptionnel, et person-

Fig. 22.
Examen gynécologique en position dorso-sacrée déclive avec la table de JAYLE.

nellement, il m'arrive beaucoup plus souvent de pratiquer le toucher avec trois doigts qui, lorsque les dimensions du vagin le permettent, ce qui n'est pas très rare, donne des renseignements plus précis encore que le toucher avec deux doigts et permet de se rendre un compte plus exact de l'état anatomique du petit bassin.

Je rappelle encore qu'il est de toute nécessité de s'habituer à pratiquer le toucher vaginal avec la main gauche aussi bien qu'avec la main droite. L'état des annexes droites, pour peu qu'elles ne soient pas très volumineuses, ne s'apprécie bien, en effet, qu'en touchant la femme avec la main droite, tandis que la main gauche peut seule explorer avec précision les annexes du côté gauche.

Enfin, dans les cas difficiles, il peut être très avantageux de pratiquer l'exploration bimanuelle, en mettant la malade *en position déclive* (fig. 22). La table de Jayle, qui permet de renverser la femme avec facilité, est excellente. Sous l'influence de la position, les viscères descendent vers le diaphragme, le petit bassin se vide, les organes sains ou malades deviennent beaucoup plus accessibles, et il est quelquefois possible de se rendre un compte exact de lésions qu'un examen ordinaire n'eut pas permis de révéler.

encore, comme le fait remarquer Pierre DELBET, que ne peuvent le montrer les préparations anatomiques.

Le réseau utérin se continue directement avec le réseau tubaire. Mais, entre l'utérus et les trompes d'une part, et l'ovaire de l'autre, il y a deux systèmes de communications lymphatiques bien différents. Il y a d'abord des lymphatiques superficiels qui, du pavillon de la trompe par le ligament tubo-ovarien et de la corne utérine par le ligament utéro-ovarien, communiquent largement avec le réseau superficiel de l'ovaire et avec les lymphatiques sous-péritonéaux de la région. Il y a ensuite des troncs lymphatiques importants situés dans le ligament large, qui, venant surtout de la corne utérine, passent sous le pédicule ovarien et communiquent en ce point avec les lymphatiques qui, par le hile de l'ovaire, pénètrent dans l'épaisseur de la glande.

Il est donc bien évident que les infections microbiennes, pouvant envahir ces différents troncs et réseaux lymphatiques, comme les autres réseaux et les autres troncs de l'économie, peuvent parfaitement se propager de l'utérus et des trompes aux ovaires, et réciproquement.

Si l'opinion de CHAMPIONNIÈRE, qui ne voulait pas admettre le rôle de la muqueuse, était trop exclusive, il est certain qu'on a été beaucoup trop loin en voulant rejeter presque complètement l'infection par voie lymphatique au profit de l'infection par voie muqueuse. L'une et l'autre existent, et il semblerait même résulter des intéressantes recherches de REYMOND, auxquelles, pour plus de détails, je ne puis que renvoyer le lecteur, que certaines espèces microbiennes ont chacune leur voie d'élection. C'est ainsi que le gonocoque pénétrerait de l'utérus dans les trompes en suivant la muqueuse, et irait envahir l'ovaire par sa périphérie, en enflammant le péritoine au passage. Le streptocoque, au contraire, serait transporté directement dans les annexes, trompes et ovaires, par les vaisseaux sanguins et lymphatiques. Le bacterium coli envahirait également les annexes par voie lymphatique, mais pour venir de l'intestin il suivrait une voie anormale, et cheminerait dans les lymphatiques de nouvelle formation qui constituent presque

grossesse tubaire. Il est donc tout naturel de faire rentrer dans la pathologie des annexes l'étude de la grossesse ectopique et de ses complications hémorragiques.

J'étudierai enfin les affections des *ligaments larges* qui sont assez importantes et celles des *ligaments ronds*, qui le sont infiniment moins.

rales ; elles peuvent rester localisées aux annexes ou s'étendre aux parties voisines ; elles peuvent laisser, pour ainsi dire, le péritoine indemne, ou au contraire le tapisser d'adhérences épaisses qui unissent les uns aux autres tous les organes du petit bassin ; elles peuvent se limiter à quelque insignifiante hypertrophie des parois tubaires ou provoquer le développement d'énormes poches purulentes. Tout enfin peut se voir, et se voit en réalité, des lésions les plus légères et les plus fugitives aux lésions les plus profondes et les plus invétérées.

Ce qui frappe, au premier abord, pour peu que l'on ait l'habitude de la chirurgie des annexes, c'est la diversité presque constante des lésions chez la même malade. Il peut y avoir, d'un côté, des lésions insignifiantes de la trompe avec un énorme abcès de l'ovaire, tandis que de l'autre, au contraire, on trouvera, par exemple, un ovaire tout à fait sain accolé à une trompe remplie de pus et adhérente aux organes voisins.

Il n'y a pour ainsi dire pas deux cas de suppurations annexielles se ressemblant complètement, et cette variété même rend toute description d'ensemble à peu près impossible.

Il n'en saurait d'ailleurs être autrement. Sous l'influence d'une infection quelconque, légère ou violente, la trompe, l'ovaire, le péritoine réagissent chacun pour leur part et dans des proportions différentes suivant l'intensité de l'infection à leur niveau, et les lésions qui en résultent sont livrées au caprice de l'envahissement microbien.

Je ne puis donc songer qu'à donner ici un aperçu des principales lésions que l'on rencontre dans les salpingo-ovarites, aussi bien du côté des ovaires que du côté des trompes, tout en faisant remarquer encore que si chacune de ces lésions peut exister seule, à l'exclusion de toutes les autres, elles peuvent au contraire s'ajouter les unes aux autres et se combiner de mille manières, avec une diversité qui ne connaît aucune règle et qui échappe à toute description.

La multiplicité même de ces lésions a conduit les chirurgiens à proposer les classifications les plus diverses et les nomenclatures les plus disparates ; Sanger, Orthmann, Cornil et Ter-

RILLON, LANDAU, MONPROFIT, PIERRE DELBET, REYMOND, PETIT, se basant les uns sur la nature de l'agent infectieux, les autres sur les caractères histologiques des lésions, ont proposé, tantôt pour les ovarites, tantôt pour les salpingites considérées séparément, des classifications parfaitement légitimes, mais qui toutes ont le défaut de ne pas répondre suffisamment à la clinique.

Des salpingites provoquées par des microbes très différents peuvent donner lieu à des symptômes identiques ; des annexites de même nature histologique peuvent, les unes donner lieu à de volumineuses collections pelviennes, et les autres passer inaperçues par leur petit volume, tandis qu'au contraire des salpingo-ovarites de variété anatomique très différente peuvent cliniquement être calquées l'une sur l'autre. C'est là, à mon avis, le défaut capital de toutes les classifications purement histologiques ou exclusivement pathogéniques, et je crois préférable à tous égards d'adopter une classification à la fois anatomique et clinique inspirée de celle dont Pozzi s'est fait le promoteur. Celle-ci est basée sur la transformation si commune de la trompe malade en une cavité kystique, qui acquiert un certain volume et donne par ce seul fait à la lésion une physionomie clinique particulière. C'est ainsi que Pozzi distingue des *salpingites simples* et des *salpingites kystiques*. Je sais bien que cette classification ne tient pas compte des lésions de l'ovaire, une salpingite simple pouvant fort bien être accompagnée d'un gros ovaire transformé en poche purulente, et donner lieu par conséquent à tous les signes d'une salpingite kystique. Il serait donc, si l'on prenait les mots dans leur sens absolu, impossible de réunir les salpingites et les ovarites dans une même classification.

Je me refuse à considérer les choses dans un sens aussi étroit. Nous sommes ici pour faire de la chirurgie et non de l'anatomie pathologique pure — et je dis qu'au point de vue clinique, peu importe, lorsqu'il y a une cavité kystique, une poche purulente volumineuse, qu'elle se soit développée aux dépens de la trompe ou bien aux dépens de l'ovaire. Les signes en sont identiques. Souvent même, pièces en main, il est im-

possible de rien affirmer et la conduite du chirurgien est la même dans les deux cas.

Je crois, en conséquence, qu'il faut envisager les choses dans leur sens le plus large et réunir dans une classification aussi simple que possible les lésions infectieuses de la trompe et de l'ovaire que la clinique est la première à confondre.

Je distinguerai donc :

1° Les *salpingo-ovarites simples*, qui, suivant l'intensité ou l'ancienneté de l'infection peuvent être *catarrhales* ou *purulentes*. Il n'y a d'ailleurs entre ces deux formes aucune différence essentielle. Ce sont deux stades différents de l'évolution d'un même processus infectieux. Il n'y a pas, en réalité, de salpingite purulente qui n'ait commencé par être catarrhale et il n'y a pas de salpingite catarrhale qui ne s'accompagne d'un certain degré d'extravasation leucocytaire.

2° Les *salpingo-ovarites kystiques*, qu'on a coutume de subdiviser, suivant la nature de leur contenu, en *salpingo-ovarites séreuses* (hydrosalpinx), *hématiques* (hématosalpinx) et *purulentes* (pyosalpinx).

Encore ces trois dernières formes ont-elles, au point de vue clinique, beaucoup plus de points de contact que de lignes de démarcation. Il est constant de les confondre et l'on ne reconnaît guère la nature du liquide contenu dans les trompes que lorsqu'on vient à les ouvrir. A part certaines annexites aiguës, fébriles, dans lesquelles l'intensité des symptômes permet d'affirmer la présence du pus, il n'y a pour ainsi dire aucune différence clinique entre les poches annexielles qui contiennent du sang, du pus que son ancienneté a rendu stérile, ou quelque liquide incolore.

Peut-être même serait-il meilleur de simplifier encore cette classification pourtant bien élémentaire et de décrire uniquement les *salpingo-ovarites simples* et les *salpingo-ovarites kystiques*.

Quoi qu'il en soit les processus infectieux peuvent produire au niveau des annexes les lésions les plus diverses.

Pour la clarté de la description, il est indispensable de les étudier séparément dans les trompes et dans les ovaires.

LÉSIONS DES TROMPES

Elles diffèrent essentiellement suivant que les trompes sont oblitérées ou restent perméables.

Dans ce dernier cas, qui correspond aux *salpingo-ovarites*

Fig. 24.

Salpingite végétante dans laquelle les franges se compriment réciproquement (E. Reymond).

tcp, tissu conjonctif périphérique de la muqueuse. — *ef*, extrémité aplatie d'une frange. — *pf*, pied de cette frange. — *ec*, épithélium cylindrique entre deux franges. — *ea*, épithélium aplati à l'extrémité de la frange. — *v*, vaisseaux. — *tcf*, tissu conjonctif de l'extrémité d'une frange se continuant avec celui de la frange située bout à bout ; il n'y a plus de traces d'épithélium.

simples, on rencontre au niveau des trompes toutes les lésions inflammatoires.

L'augmentation de volume est à peu près constante. Mais elle est presque toujours modérée et n'acquiert en aucun cas

l'importance qu'elle peut prendre dans les salpingites kystiques. La trompe n'atteint pas souvent et ne dépasse guère le volume du doigt. Elle est moins grosse au niveau de son inser-

Fig. 25.

Salpingite hypertrophique (E. Reymond).

m, muqueuse. — *rf*, restes des franges faisant saillie dans la cavité tubaire. — *fm*, fibres musculaires se croisant en tous sens. — *tc*, tissu conjonctif. — *p*, péritoine. — *k*, kyste épithélial. — *gk*, grand kyste, dont le diamètre est devenu vingt fois plus considérable que celui de la lumière actuelle de la trompe.

tion utérine et n'atteint son plus grand diamètre que dans sa moitié externe. Comme elle s'hypertrophie dans tous les sens, sa longueur peut être augmentée, et, par suite de la fixité rela-

tive de ses deux extrémités, cette augmentation de longueur l'oblige à décrire des sinuosités plus ou moins accentuées, et détermine des coudures qui peuvent à leur tour provoquer des inégalités dans le calibre de ses différentes parties.

Elle est en général rouge, vascularisée, parfois violacée. Le péritoine qui la recouvre est souvent dépoli, tapissé de légères fausses membranes; des vaisseaux sinueux courent à sa surface. Bref elle présente l'aspect d'un tissu enflammé.

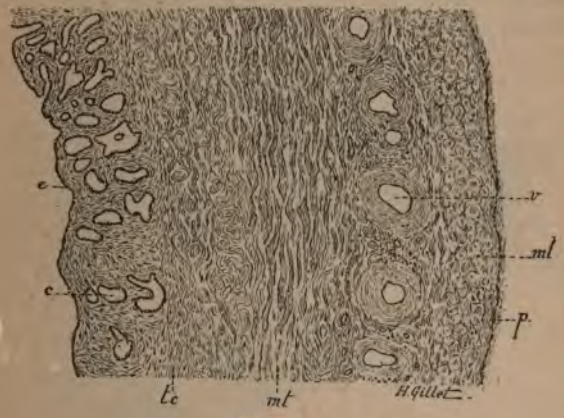


Fig. 26.

Trompe sclérosée (E. Reymond).

v, vaisseaux sclérosés formant entre les deux couches musculaires une couronne régulière — *p*, péritoine. — *ml*, fibres musculaires longitudinales. — *m*, *p*, fibres musculaires transversales. — *tc*, tissu conjonctif de la muqueuse. — *c*, cavité kystique épithéliale. — *e*, épithélium.

Au niveau du pavillon les franges peuvent être turgescentes, augmentées de volume, parfois presque rigides, adhérentes les unes aux autres. Au centre la muqueuse tubaire est rouge, ses plis sont hypertrophiés et, dans les cas très aigus, on peut voir une goutte de pus sourdre par l'orifice central (fig. 27).

Si l'on vient à sectionner la trompe et à l'ouvrir dans le sens de sa longueur, on constate que sa paroi est épaissie, parfois même lardacée, infiltrée de sérosité dans les cas aigus et

récents, en voie de dégénérescence fibreuse dans les cas plus anciens.

La muqueuse, dont les plis sont en général augmentés de volume, peut être grisâtre dans les cas chroniques, ou rouge dans les cas aigus. Elle est tapissée d'une couche purulente plus ou moins épaisse, et sa lumière, en général élargie, peut présenter une série de dilatations et d'étranglements successifs. L'hypertrophie des plis de la muqueuse peut être considérable. Il y a dans l'intérieur de la trompe de véritables végétations qui ne tardent pas à obturer complètement la lumière

Fig. 27.
Salpingite blennorrhagique (E. Reymond).

de l'organe, se tassent, se compriment et s'écrasent les uns les autres (fig. 24) en déterminant, çà et là, des atrophies, des soudures, des cloisonnements partiels, des kystes de petit volume remplis de pus ou de liquide clair. Parfois, au contraire, les franges refoulées contre la paroi sont détruites et la cavité de la trompe ordinairement végétante peut apparaître presque lisse.

L'épithélium perd ses cils vibratiles et desquame rapidement, ou, au contraire, prolifère et se stratifie par places en couches

abondantes ; ailleurs il s'aplatit par compression et peut même en certains endroits disparaître complètement (fig. 24).

La tunique musculaire, parfois intacte dans les cas légers, s'hypertrophie plus ou moins dans les cas plus sérieux. Son épaisseur augmente et c'est elle qui prend la plus grande part à l'accroissement du diamètre de la trompe (fig. 25). Mais les fibres musculaires ne sont pas seules à proliférer. Elles peuvent s'infiltrer de cellules embryonnaires, et parfois même dispa-

Fig. 28.
Salpingite nodulaire (d'après KELLY).

raître en certains points, étouffées par la prolifération conjonctive qui peut, dans les cas anciens, amener une véritable sclérose de la trompe transformée en une sorte de cordon fibreux (fig. 26).

Quelquefois enfin les parois de la trompe s'infiltrent de petits abcès pariétaux qui peuvent s'ouvrir dans sa cavité.

On comprend que, suivant l'évolution de ces diverses lésions histologiques, les salpingites puissent se présenter sous diverses formes anatomiques, et c'est ainsi que l'on rencontre des *salpingites aiguës catarrhales* ou *purulentes* (fig. 27), suivant l'intensité des processus infectieux, des *salpingites chroniques, hypertrophiques ou atrophiques*, et aussi des *salpingites folliculaires*, infiltrées de petits kystes, et des *salpingites nodulaires* (fig. 28) où l'on rencontre de véritables fibro-myomes, développés aux dépens de la tunique musculeuse [1].

[1] PILLIET. *Bull. Soc. anat.*, 1894, p. 554, et REYMOND, *Th. Paris*, 1895.

Entre les *salpingites simples* et les *salpingites kystiques*, il n'y a aucune différence essentielle. Dans ces dernières, les lésions sont seulement plus avancées, mais le processus est aujourd'hui bien connu par lequel les salpingites simples se transforment peu à peu en salpingites kystiques[1].

La clef de cette transformation réside tout entière dans le mécanisme de l'oblitération de la trompe, parfaitement étudié par REYMOND.

Du côté de l'orifice utérin cette oblitération n'existe pas, ou tout au moins, s'il y a oblitération physiologique, il n'y a pas, en réalité, oblitération anatomique. La lumière de la trompe reste perméable, mais les liquides injectés ou retenus dans son intérieur ne peuvent pas passer ou ne passent que très difficilement. Pierre DELBET est très explicite sur ce point. REYMOND, sur 94 trompes examinées à ce point de vue, n'en a pas trouvé une seule complètement oblitérée. Si le liquide ne peut franchir l'orifice utérin cela tient à des circonstances diverses; boursouflement de la muqueuse, épaississement des parois, manque de souplesse des tissus, coudures et sinuosités du canal tubaire à son origine. Dans un cas REYMOND, faisant une coupe perpendiculaire à l'axe de la trompe, en a coupé trois fois la lumière (fig. 30). Il peut donc y avoir en ce point des sinuosités extraordinaires dont la pression réciproque ferme complètement le passage. Enfin le liquide contenu dans la trompe est souvent fort épais et traverse difficilement un orifice étroit.

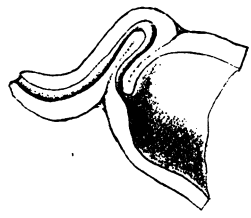


Fig. 29.
Ostium uterinum. Sinuosités de la trompe à son origine (E. REYMOND).

Donc, au niveau de l'ostium utérin, la trompe reste la plupart du temps physiologiquement obstruée. Du côté de l'orifice péritonéal, il n'en est pas de même et l'oblitération est complète. Le mécanisme de la fermeture du pavillon est très inté-

[1] REYMOND, *loc. cit.*

ressant. Il repose tout entier sur ce fait que la face externe des franges du pavillon est recouverte par le péritoine. Or, c'est aux dépens de cette face externe des franges qui possède, comme toutes les séreuses, la propriété de créer des adhérences rapides, que se fait l'oblitération. La muqueuse n'y prend

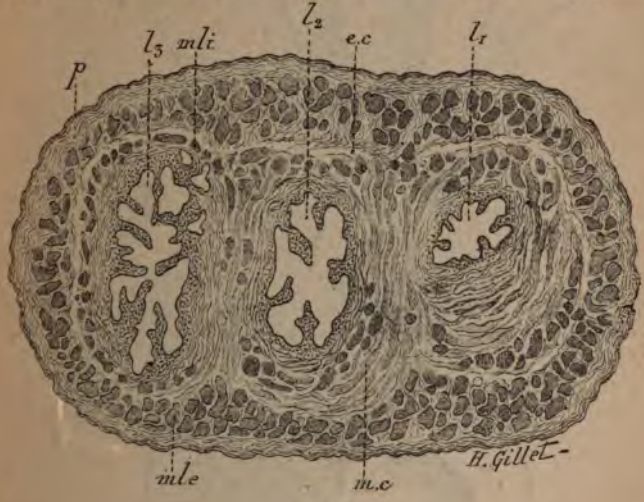


Fig. 30.

Coupe de l'extrémité utérine d'un pyo-salpinx, faite perpendiculairement à l'axe de la trompe (E. Reymond).

l_1, l_2, l_3, lumière de la trompe, contournée sur elle-même et coupée trois fois dans la même préparation. — *mc*, couche musculaire profonde circulaire. — *mli*, faisceaux profonds de la couche musculaire longitudinale, accompagnant la lumière dans ses circuits. — *mle*, faisceaux musculaires superficiels accompagnant le péritoine *p*. — *ec*, espace clair séparant les faisceaux superficiels et profonds de la couche longitudinale.

aucune part, ou du moins elle n'y prend qu'une part très exceptionnelle.

Sous l'influence de l'infection et de l'inflammation, les franges du pavillon se boursouflent, s'épaississent, adhèrent les unes aux autres par leurs bords, et se rapprochent peu à peu. Le diamètre du pavillon diminue et les franges opposées

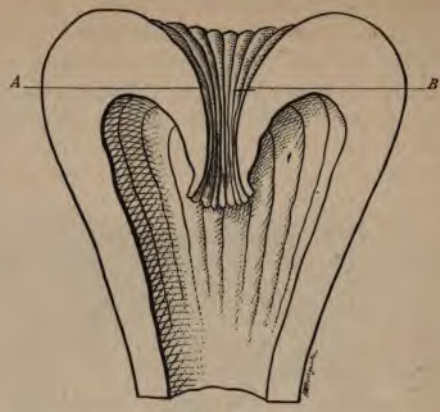


Fig. 31.
Premier temps de la fermeture du pavillon ; les franges revenues sur elles-mêmes se regardent par leur face péritonéale (E. Reymond).

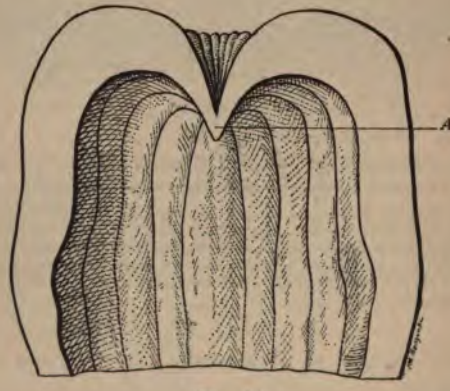


Fig. 32.
Deuxième temps de la fermeture du pavillon ; les franges se sont soudées ; le pavillon est fermé (E. Reymond).

viennent se mettre au contact l'une de l'autre. En outre, en

s'épaississant elles se replient sur elles-mêmes, se recroquevillent et tendent à rentrer dans le pavillon : leurs faces séreuses entrent alors en contact, des adhérences s'établissent entre elles et l'oblitération se trouve réalisée (fig. 31, 32). Le pus

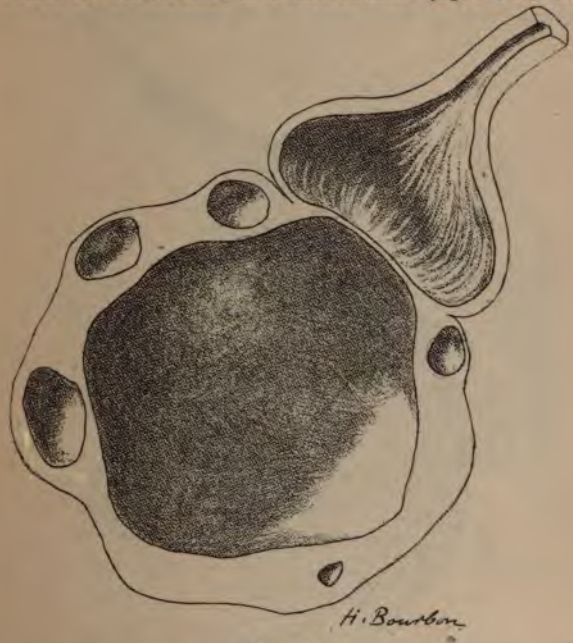


Fig. 33.

Cavités salpingienne et ovarienne toutes deux purulentes, mais encore indépendantes (E. Reymond).

et les sécrétions sont alors emprisonnés entre le pavillon complètement oblitéré et l'ostium utérin qu'ils ne peuvent franchir et la salpingite kystique est constituée.

Dans d'autres cas, qui ne sont pas rares, et qui d'après Reymond[1] seraient même des plus fréquents, la poche kystique

[1] Reymond. *Loc. cit.*, p. 24.

serait constituée d'une façon différente, au point de justifier d'une façon absolue le nom de salpingo-ovarite. En effet cette poche est formée par la trompe dilatée communiquant avec une cavité kystique développée dans l'ovaire, de sorte que la

Fig. 34.
Orifice en diaphragme faisant communiquer la cavité salpingienne avec un kyste purulent de l'ovaire (E. Reymond).

trompe et l'ovaire concourent tous deux à former les parois de la poche. Il se fait une adhérence intime entre le pavillon de la trompe oblitérée et la surface de l'ovaire (fig. 33). Dans celui-ci se développent un ou plusieurs kystes, séreux ou purulents.

La paroi qui sépare un de ces kystes, en général le plus gros, de la trompe, au niveau du pavillon adhérent, s'amincit de plus en plus sous l'influence de l'augmentation de volume du kyste et à la suite de l'usure et de la rupture de cette paroi, la communication s'établit entre la cavité ovarienne kystique

Fig. 33.
Type d'un volumineux abcès de l'ovaire communiquant avec la trompe (E. Reymond).

et la cavité tubaire et la *salpingo-ovarite kystique* se trouve constituée (fig. 34, 35).

C'est là un mécanisme dont les diverses phases ont été prises sur le fait, et dont la réalité ne laisse pas place au doute. Il peut y avoir entre la cavité ovarienne et la cavité tubaire un orifice plus ou moins large, parfois une sorte de diaphragme (fig. 34). La communication est d'ailleurs d'autant plus large qu'elle est plus ancienne, et souvent entre la trompe et l'ovaire on ne trouve aucune ligne de démarcation. Il n'y a plus qu'une vaste poche et l'ovaire, perdu dans ses parois, semble même parfois avoir disparu.

Quelquefois le pavillon de la trompe paraît entrer dans la cavité ovarienne, et ses franges nagent dans le liquide de cette cavité en s'appliquant à l'intérieur de la paroi kystique (fig. 36, 37).

Il n'y a guère qu'une façon d'expliquer cette disposition

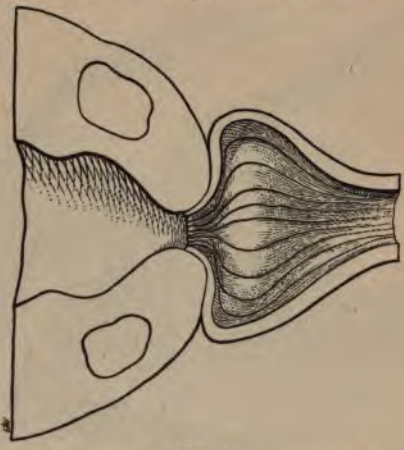


Fig. 36.
Adhérences entre les franges de la trompe et l'ovaire entourant l'orifice salpingo-ovarien. Schéma (E. Reymond).

curieuse. Il faut supposer qu'au moment où s'est faite l'ouverture de la cavité ovarienne les franges du pavillon, à moitié recroquevillées et revenues sur elles-mêmes, adhéraient par leur face externe à la surface de l'ovaire. L'ouverture établie, les franges se sont déplissées et ont passé par l'ouverture de la paroi ovarienne pour pénétrer dans la cavité et nager dans le liquide ou s'accoler à la paroi kystique [1].

Dans d'autres cas analogues on a invoqué divers mécanismes dans le détail desquels il est inutile d'entrer [2].

Il est enfin des circonstances dans lesquelles la trompe et

[1] Reymond. *Loc. cit.*, p. 29.
[2] Voir Pierre Delbet. *Loc. cit.*, p. 50.

l'ovaire communiquent par l'intermédiaire d'une poche ouverte à ses deux extrémités ; cette poche serait artificielle et développée dans les adhérences d'une péritonite localisée (fig. 38).

Fig. 37.

Kyste tubo-ovarien (d'après KELLY).

La poche est ouverte et permet de voir les franges de la trompe étalées dans l'intérieur du kyste.

Quel que soit le mécanisme de la formation de la poche kys-

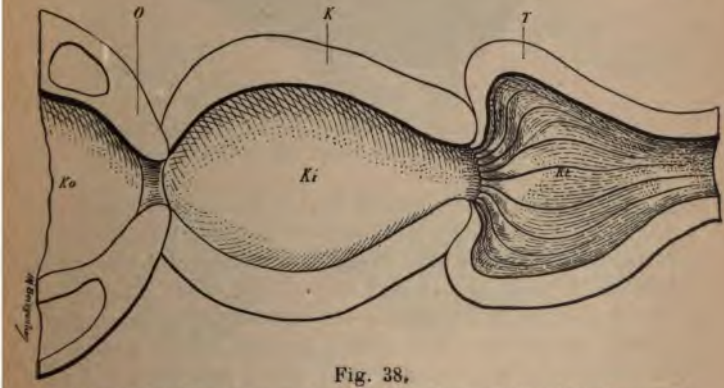


Fig. 38.

Kyste ovarien K*o*, communiquant avec la cavité salpingienne K*t*, par l'intermédiaire d'un autre kyste, K*i* (schéma) (E. REYMOND).

tique et la constitution exacte de ses parois, cette poche existe. Son *volume* est très variable. Dans bien des cas la trompe kystique n'est pas sensiblement plus grosse que la trompe

enflammée restée perméable. Il faut même regarder avec attention du côté du pavillon pour se convaincre de son oblitération. Mais elle est alors, en général, moins régulière que la trompe atteinte de salpingite simple. Cela est assez naturel si

Fig. 39.
Kyste tubo-ovarien du côté droit (d'après KELLY).
La corne utérine a été enlevée avec la tumeur.

l'on songe que la rétention d'un liquide dans l'intérieur de la trompe amène une augmentation de pression qui produit des dilatations et des bosselures de dimensions variables suivant la résistance de la paroi tubaire à leur niveau.

Le volume du kyste tubaire est ordinairement assez considérable relativement aux petites dimensions de la trompe saine. Il atteint très souvent celui d'une mandarine, d'une poire, dont il présente souvent la forme, d'une orange; il est même fréquent de le lui voir dépasser. Tout en faisant avec Pierre DELBET[1], qui a étudié la question avec beaucoup de soin, des réserves formelles sur les cas de BIANCHI, de MUNNICKS, qui

[1] *Loc. cit.*, p. 39.

parlent de trompes contenant 80 et 112 livres de liquide, il est certain que les trompes peuvent acquérir un volume considé-

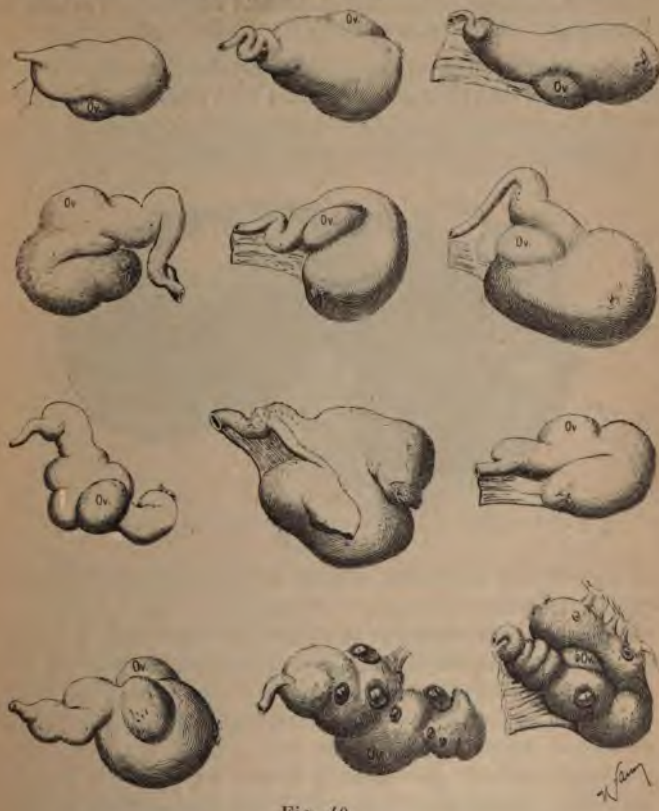


Fig. 40.
Divers types de salpingites.

rable. Stemann a observé une salpingite tuberculeuse contenant deux litres de liquide; Championnière en a rencontré 1 200 grammes. Lawson Tait, 700; moi-même j'en ai opéré une qui contenait certainement plus d'un demi-litre de pus. Tous

ces chiffres n'ont d'ailleurs aucun intérêt réel, et il nous suffit de savoir que les salpingites ne sont pas rares qui peuvent acquérir le volume du poing, d'une tête de fœtus, ou même un volume plus considérable encore.

La *forme* des poches salpingiennes est des plus capricieuses. Lorsqu'elles sont volumineuses, elles sont en général arrondies ou plutôt fusiformes, avec une grosse extrémité externe et une extrémité plus petite, s'insérant sur la corne utérine et consti-

Fig. 41.
Hydrosalpinx non adhérent à l'ovaire (d'après KELLY).

tuée par le tiers interne de la trompe, beaucoup moins dilatable que les deux tiers externes. Mais lorsque le volume est moyen, lorsque la poche n'est pas extrêmement distendue, la trompe présente presque toujours un aspect sinueux, contourné, avec des dilatations irrégulières et des bosselures plus ou moins saillantes. Parfois même, elle est contournée en hélice, comme un cor de chasse (fig. 40).

L'ovaire affecte par rapport à elle les rapports les plus variables. Parfois il en reste tout à fait indépendant et paraît tout à fait sain (fig. 41). Mais ce fait est relativement rare, et il est de règle de voir l'ovaire participer plus ou moins à l'inflammation tubaire. Souvent il adhère à la poche kystique dont l'extrémité, l'ancien pavillon oblitéré, vient s'accoler à lui. Parfois la trompe le dépasse en dehors et l'englobe pour ainsi dire dans une de ses sinuosités au fond de laquelle il peut dis-

paraître presque totalement, enseveli sous des adhérences et des fausses membranes (fig. 42). Parfois enfin, l'ovaire, transformé lui-même en une cavité kystique qui communique avec la trompe, comme nous l'avons vu plus haut, s'efface complètement, si bien qu'il est impossible d'en trouver la moindre trace.

Les trompes malades peuvent occuper toutes les *situations*. Presque toujours, cependant, elles sont situées en arrière du

Fig. 42.
Hydrosalpinx avec adhérences intimes à l'ovaire (d'après Kelly).

ligament large et de l'utérus, dans le cul-de-sac de Douglas.

Il n'en saurait être autrement. A l'état normal l'extrémité externe de la trompe, flottant vers l'ovaire, est située en arrière du ligament large et plus bas même que l'ovaire. Or, c'est précisément cette partie externe qui devient presque toujours kystique. La trompe tout entière aura donc une tendance à tomber en arrière, entraînée par sa moitié externe et aussi par son propre poids. Le décubitus dorsal auquel la maladie oblige pendant longtemps la plupart des femmes souffrant de salpingite, tend également à entraîner les trompes en arrière. Le poids des trompes malades et augmentées de volume concourt au même but. Il est donc tout naturel de trouver, dans l'immense majorité des cas, les trompes kystiques dans le cul-de-

sac de Douglas qu'elles remplissent plus ou moins, suivant leur volume.

Parfois une trompe peu volumineuse, prolabée tout au fond de la cavité de Douglas, derrière le cul-de-sac postérieur du vagin par lequel on peut la sentir, remplit à peine la moitié correspondante de cette cavité, dont le reste pourra être libre. Parfois, au contraire, une trompe énorme comble la totalité du cul-de-sac de Douglas, dépassant par en haut le fond de l'utérus et remontant à une certaine hauteur dans la cavité pelvienne.

Dans des cas assez nombreux, la trompe est située non plus en arrière, mais au-dessus du ligament large, entre la corne utérine et le détroit supérieur. Des adhérences ont probablement fixé la trompe près du détroit supérieur dès les premiers temps de l'infection et l'ont empêchée de tomber dans le cul-de-sac de Douglas. Peut-être encore, comme le pense Pierre Delbet, ces adhérences de la trompe au péritoine qui tapisse le détroit supérieur sont-elles dues à l'inflammation primitive, non de la trompe, mais du cæcum, de l'appendice ou de l'S iliaque. Une infection tubaire consécutive trouvera la trompe fixée et celle-ci ne pourra quitter la situation qu'elle occupe.

La trompe se fixe encore sur le fond de l'utérus lui-même. Parfois aussi elle occupe une situation tout à fait étrange et Pierre Delbet a rencontré un cas dans lequel les deux trompes se croisaient si bien que l'extrémité de la trompe droite était à gauche et celle de la trompe gauche à droite. J'ai moi-même observé un cas à peu près semblable. Ce sont là des faits exceptionnels et qui s'expliquent aisément par la mobilité extrême des trompes saines. L'inflammation et les adhérences peuvent donc les saisir dans une situation quelconque, presque toujours, par conséquent, dans leur situation normale.

Enfin les trompes sont parfois situées en avant du ligament large, dans le cul-de-sac vésico-utérin, qu'elles remplissent plus ou moins.

Le kyste tubaire peut aussi se développer dans l'intérieur du ligament large dont les deux feuillets s'écartent pour le

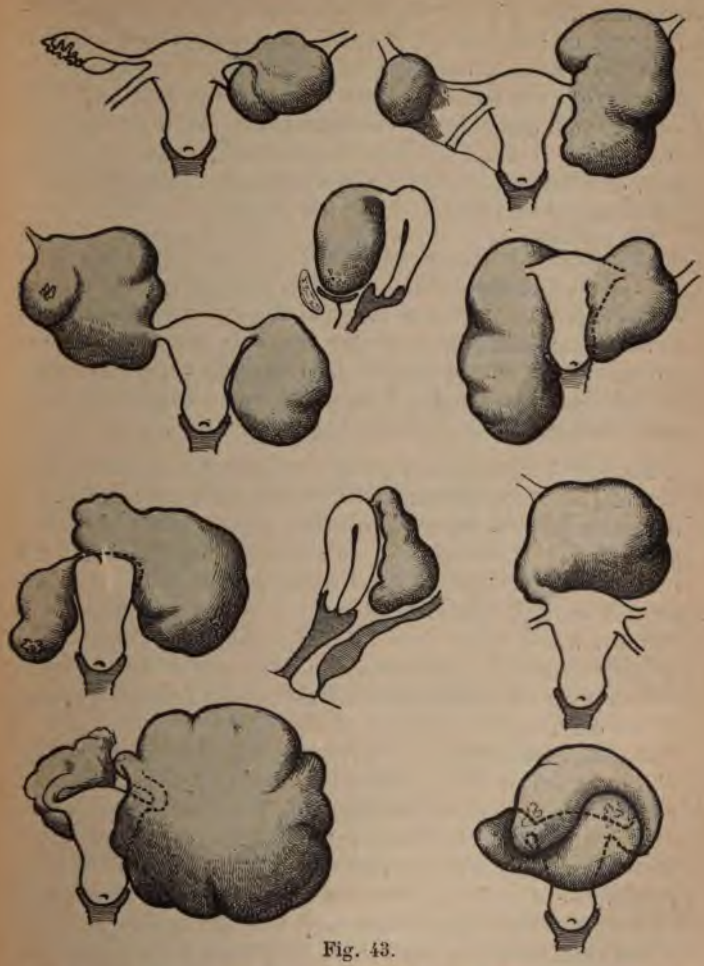


Fig. 43.

Figure schématique montrant que les poches salpingiennes peuvent présenter comme volume, forme et situation, les dispositions les plus diverses.

contenir. Mais il est très probable que le cas n'est pas aussi fréquent que le pensait Monprofit. Il est d'ailleurs à peu près impossible à admettre pour l'extrémité externe de la trompe qui est vraiment libre dans le ventre et ne saurait déplisser, en augmentant de volume, les feuillets du ligament large. Mais ce développement intra-ligamentaire peut avoir lieu, dans les cas, d'ailleurs assez rares, où la partie interne de la trompe devient elle-même kystique.

La paroi kystique, constituée par les divers éléments de la trompe plus ou moins altérés, est très variable dans son *épaisseur*. Parfois très mince, très fragile, elle est en général épaisse et résistante dans la plus grande partie de la surface. Mais il y a presque toujours des points faibles, où le paroi se rompra de préférence au cours des manœuvres de décortication pendant l'extirpation de ces organes.

Les *lésions histologiques* qu'on y rencontre ne m'arrêteront pas et j'en ai suffisamment parlé plus haut (voir p. 45). La *muqueuse* est plus ou moins atteinte ; elle peut être très épaissie, dépouillée par endroits de son épithélium qui laisse à nu les franges. Celles-ci, sous la pression du liquide qui distend la trompe, s'aplatissent contre la paroi à laquelle elles peuvent adhérer par leur extrémité libre, en formant ainsi des espaces clos qui peuvent devenir l'origine de petits kystes. Par endroits les franges peuvent s'atrophier complètement et même disparaître.

La *tunique musculaire* de la trompe, qui peut être hypertrophiée, surtout au début et dans les salpingites de petit volume, comme elle l'est dans les salpingites simples, non kystiques, finit au contraire, en général, par s'atrophier de plus en plus, à mesure qu'augmente le volume de la poche. La prolifération conjonctive devient en revanche de plus en plus abondante, et étouffe les cellules musculaires, si bien que la paroi finit par n'être plus constituée que par du tissu fibreux à peu près pur. La couche séreuse peut quelquefois rester intacte et la surface externe de la poche kystique apparaître lisse et brillante. Mais dans la plupart des cas elle est dépolie, recouverte d'adhé-

rences et dans beaucoup de points, le péritoine qui tapisse la poche n'existe pour ainsi dire plus.

Si la structure de la trompe kystique n'intéresse guère que l'histologiste, son *contenu*, en revanche intéresse le chirurgien.

Dans le plus grand nombre des cas, elle contient du pus, et c'est alors un *pyo-salpinx*. Le pus est en général verdâtre, crémeux, bien lié. Mais il n'en est pas toujours ainsi et il est quelquefois séreux et peu homogène. J'ai déjà dit plus haut que bien souvent ce pus était stérile. Cela tient à l'ancienneté de la lésion. D'ailleurs dans les vieilles salpingites le pus peut changer de plus en plus de nature. Les globules disparaissent, les particules solides qu'il tient en suspension se déposent sur la paroi et le liquide peut devenir clair, transparent, d'aspect séreux, quelque peu filant. C'est l'*hydro-salpinx*. Dans ce cas la poche kystique, en général peu volumineuse, est lisse, presque toujours libre d'adhérences; elle apparaît bleuâtre et translucide, mince et assez fragile. Dans les lésions anciennes, la paroi interne de la poche est en général unie, les plis ont disparu, les végétations ont été détruites, et, fait important au point de vue chirurgical, la *stérilité* du liquide est complète.

Il est enfin des collections tubaires qui sont constituées par du sang. Ce sont les *hémato-salpinx*. Ce sang est d'ailleurs presque toujours assez profondément altéré. C'est un liquide brunâtre, poisseux, ou au contraire assez fluide et peu coloré.

La présence du sang dans l'intérieur de la cavité kystique peut être due à diverses causes : la *rétention du sang menstruel*, tout à fait exceptionnelle, l'*apoplexie de la trompe*, hémorragie qui peut se produire dans diverses circonstances, par exemple à la suite de la rupture d'un vaisseau tubaire dans la cavité salpingienne au cours de quelque poussée congestive, et enfin la *grossesse extra-utérine*. C'est certainement dans ce dernier accident qu'il faut voir la cause la plus fréquente de l'*hématosalpinx*.

J'aurai à insister assez longuement plus loin sur cette affection pour pouvoir me dispenser d'en parler davantage ici. Normalement l'hémato-salpinx est stérile, mais il peut s'infecter secondairement et donner lieu à des accidents graves.

LÉSIONS DES OVAIRES

On a abusé des divisions et des subdivisions dans la description des lésions ovariennes, et Pozzi, par exemple, à la suite de Paul Petit, admet un grand nombre d'ovarites différentes qui, pour la plupart, ne sont en réalité que des degrés divers d'un même processus morbide. Ces classifications, sans intérêt au point de vue clinique, sont purement artificielles au point de vue anatomique, puisqu'elles ne sont établies que sur des caractères tout à fait secondaires, tels que, par exemple, l'étendue des lésions de sclérose et le volume plus ou moins considérable des kystes qu'elle détermine. Les noms d'*ovarites corticale*, *hypertrophique*, *microkystique*, *scléreuse*, *sclérokystique*, etc., qu'on applique à certaines lésions chroniques des ovaires ne sont que la traduction de désordres qui tous doivent être, au moins pour le moment et tant que nous n'aurons pas de notions plus précises sur la pathogénie de certains processus morbides, rapportés à la même cause. Je préférerais, à tout prendre, la division bien simple en *ovarites aiguës* et *chroniques*, qui, au moins, a l'avantage de correspondre à des différences cliniques importantes. Pierre Delbet[1] admet les *ovarites simples* et les *ovarites infectieuses*. Cette classification a le grand mérite de tenir compte de la pathogénie des lésions ovariennes. Cette pathogénie, des plus claires pour les ovarites infectieuses, est beaucoup plus obscure pour les ovarites simples, dans lesquelles rentrent à peu près exclusivement les ovarites caractérisées par des lésions plus ou moins prononcées de *sclérose*. Et comme c'est, en somme, à ce processus morbide mal défini, mais qui n'en existe pas moins, qu'il faut rapporter la plupart des lésions ovariennes qui pa-

[1] *Loc. cit.*, p. 91.

raissent indépendantes d'une infection microbienne, je crois qu'il est bon d'en tenir grand compte.

C'est ainsi que je distinguerai les *scléroses* et les *infections ovariennes*, et qu'une division en *ovarites scléreuses* et *ovarites infectieuses* me paraît être celle qui répond le mieux à la fois à la clinique et à la pathogénie.

Cette division est, en somme, très analogue à celle de Delbet. Elle n'en diffère que par un mot, mais elle me paraît plus explicite, puisqu'elle introduit dans la classification première des ovarites cette notion de sclérose qui, bien que mal connue dans son essence, n'en domine pas moins toute l'histoire des ovarites chroniques.

Cette division a en outre l'avantage de cadrer assez exactement avec les phénomènes cliniques. La plupart des ovarites scléreuses appartiennent en effet aux formes lentes, apyrétiques, torpides, et qui parfois même passent inaperçues, tandis que les ovarites infectieuses sont celles qui correspondent aux lésions aiguës de l'ovaire, aux inflammations douloureuses et graves qui accompagnent si souvent les infections utérines, et se traduisent en général par des signes physiques importants.

Celles-ci peuvent d'ailleurs se refroidir pour passer à l'état chronique. Il y a par conséquent sur ce point une sorte de terrain commun et certaines infections ovariennes peuvent être suivies de lésions de sclérose qui ne diffèrent en rien des lésions analogues qui s'établissent d'emblée sans infection appréciable. Certaines ovarites scléreuses peuvent donc n'être que le dernier terme de l'évolution d'ovarites infectieuses, que l'acuité des phénomènes du début et l'histoire de la maladie permettront seulement de soupçonner. Peut-être même faut-il reconnaître cette origine à toutes ou à presque toutes les ovarites scléreuses, qui ne seraient ainsi que le stade ultime de l'évolution progressive de quelque infection ovarienne.

C'est là un point sur lequel il est impossible de rien affirmer d'une façon ferme, et le mieux est, pour le moment, de nous borner à l'étude des lésions elles-mêmes, sans nous égarer dans les interprétations qu'on en peut donner.

Ovarites infectieuses. — L'infection microbienne se traduit dans l'ovaire par les lésions ordinaires qu'elle détermine dans tous les tissus, depuis la congestion active jusqu'à la suppuration circonscrite ou diffuse. Les lésions sont d'ailleurs différentes suivant la voie par laquelle s'est faite l'infection, qui peut atteindre l'ovaire soit par la *périphérie*, soit par le *hile*.

L'infection par la périphérie est sans aucun doute consécutive au passage des agents microbiens par le pavillon de la trompe. Il en résulte une péritonite très localisée, avec production de fausses membranes qui enveloppent l'ovaire de couches plus ou moins épaisses. Les lésions corticales sont en général assez peu marquées, bien que, d'après Lawson Tait, il y ait toujours, lorsque la surface de l'ovaire est atteinte, quelques lésions dans la profondeur et une certaine augmentation de volume. Cette infection périphérique, qui est presque toujours d'origine blennorrhagique, ne détermine pas, dans l'intérieur de l'ovaire, la production de collections purulentes. Mais il est très probable qu'elle entraîne à sa suite, à une échéance plus ou moins longue, des lésions de sclérose qui évoluent vers l'une des formes que je décrirai brièvement plus loin.

L'ovaire peut également être envahi par le hile, ainsi que Reymond [1] l'a bien montré. Il a trouvé dans l'épaisseur de l'ovaire, dans le hile et dans les lymphatiques de l'aileron des ligaments larges, des microbes, qui d'ailleurs sont toujours les mêmes, des streptocoques. Sous leur influence, l'ovaire se congestionne et s'hypertrophie. Il y a dilatation et multiplication des vaisseaux, infiltration de cellules embryonnaires, hypertrophie de la couche ovigène, dont les ovisacs augmentent en nombre et en volume et peuvent même devenir trois ou quatre fois plus gros qu'à l'état normal. Plus tard quelques-uns d'entre eux continueront à grossir, tandis que tous les autres tendront à s'atrophier (Reymond).

Des hémorragies peuvent se faire dans ces kystes folliculaires, mais ce qu'on rencontre le plus souvent, bien qu'ils aient été jusqu'ici considérés comme rares, ce sont des kystes

[1] *Loc. cit.*, p. 78.

purulents. J'ai déjà parlé de ces *abcès de l'ovaire* à propos de leur communication fréquente avec la cavité de la trompe abcédée. Le volume de ces abcès est très variable. Il en est qui sont presque microscopiques. En général ils sont plus gros que les kystes séreux que l'on trouve sur le même ovaire. Il est com-

Fig. 44.
Salpingite suppurée : abcès de l'ovaire (Labadie-Lagrave et Legueu).

mun d'en voir du volume d'une noix, mais ils peuvent atteindre parfois la grosseur du poing, d'une tête de fœtus, et l'on conçoit qu'il n'y ait aucune limite précise à leur développement (fig. 44, 45, 46).

Lorsque les phénomènes inflammatoires s'arrêtent, ces diverses lésions peuvent entrer en régression, même lorsqu'il y a eu production de pus, car il est certain que des abcès volumineux peuvent se résorber peu à peu et disparaître complètement. Il y a alors une tendance à l'atrophie, dans laquelle les vaisseaux et le tissu conjonctif jouent un rôle important.

Les vaisseaux voient leur calibre diminuer, et un grand nombre s'oblitèrent complètement. En même temps, le tissu conjonctif s'organise en tissu fibreux, se rétracte peu à peu, enserrant dans ses mailles tous les éléments vasculaires, nerveux et musculaires qui constituent le stroma ovarien. Et c'est

Fig. 45.

Grand abcès de l'ovaire droit, sans participation de la trompe, dû à une infection par le staphylococcus aureus (d'après KELLY).

ainsi que peu à peu se fait une évolution vers les formes sclé-reuses, lesquelles peuvent d'ailleurs succéder, comme je l'ai déjà dit, à une infection beaucoup moins vive et restée presque latente ou à l'évolution de ce processus mal défini qui relève peut-être d'un état particulier de la nutrition et qui se traduit par la production d'une sclérose plus ou moins profonde.

Ovarites scléreuses. — Suivant le stade de leur évolution auquel on les observe, les scléroses ovariennes peuvent se présenter avec une physionomie bien différente. Au début, et principalement dans les cas qui succèdent à des ovarites aiguës, il peut y avoir hypergenèse du tissu conjonctif, avec une des-

Fig. 46.
Salpingite avec abcès de l'ovaire (E. Reymond).

truction plus ou moins considérable des follicules. C'est l'*ovarite chronique hypertrophique*. Peu à peu, sous l'influence de la rétraction progressive du tissu cellulaire, la plupart des éléments nobles de l'ovaire disparaissent étouffés, le volume de l'organe diminue, il peut même devenir inférieur au volume normal et on se trouve alors en présence de l'*ovarite atrophique*.

Mais il est une lésion que son extrême fréquence dans les scléroses ovariennes doit faire mettre au premier plan. Ce sont les *petits kystes*, si communs que leur présence presque constante légitime le nom d'*ovarite scléro-kystique* qu'on donne bien souvent à la lésion qui nous occupe.

Elle a donné lieu à de nombreux travaux, parmi lesquels, après ceux de Lawson Tait, je citerai ceux de P. Petit.

Conzette, Pozzi et plus récemment ceux de Fraikin, qui les résume, les critique et auxquels je renvoie pour une foule de détails qu'il est inutile de donner ici[1].

Les kystes qui caractérisent cette lésion sont formés aux dépens des follicules ovariens. Leur volume et leur nombre varient à l'infini. De la grosseur d'un grain de millet à celle d'une noix, ils peuvent être rares ou, au contraire, cribler la surface de l'ovaire en se touchant presque tous. Ils contiennent un liquide séreux et parfois sanguin. La couche épithéliale qui les tapisse est souvent dégénérée ou détruite.

Il est possible que certains de ces kystes, surtout ceux qui sont d'un très petit volume, ne soient pas le résultat d'une transformation morbide, mais simplement une exagération des follicules normaux. Il est certain qu'on a souvent enlevé, sous prétexte de dégénérescence kystique, des ovaires qui auraient pu être conservés. Mais il est également vrai que certains de ces ovaires scléro-kystiques, que rien, au premier abord, ne permet de distinguer des autres, voient plusieurs de leurs kystes se développer et prendre un volume considérable, au point de se transformer en une masse aréolaire et volumineuse et de constituer une véritable tumeur dont l'étude sera mieux à sa place avec celle des néoplasmes ovariens.

Je ne puis, en effet, à l'encontre de certains auteurs, et en particulier de Pozzi, qui décrit avec les ovarites la *maladie kystique de l'ovaire*, considérer ces productions comme le résultat d'une simple inflammation de l'ovaire. Il y a dans le développement de ces kystes des causes qui nous échappent. Je sais bien que dans la mamelle, certaines maladies kystiques ne sont très probablement que des mammites chroniques. Mais il ne s'agit très certainement pas ici de l'évolution naturelle d'une infection primitive, il y a autre chose, et tout en m'abstenant formellement de toute hypothèse sur la cause première de ces productions, je n'accepte pas plus de voir réunir la maladie kystique des ovaires aux inflammations de ces

[1] Fraikin. *L'Ovarite scléro-kystique*, Th. Bordeaux, 1899, et *Annales de Gynécol. et d'Obstétrique*. Paris, avril 1900.

organes que je n'accepterais de voir décrire la maladie kystique du testicule en même temps que les orchites, parce qu'il y a, dans cette affection, autre chose que de simples lésions de sclérose. Et pour pousser plus loin la comparaison et rendre mieux ma pensée, je crois qu'il y a entre la maladie kystique de l'ovaire et l'ovarite scléro-kystique, la même différence qu'entre la maladie kystique du testicule, qui, je crois, est un néoplasme, et les petits kystes de l'épididyme, qui ne sont que le résultat d'une sclérose banale et peuvent être l'aboutissant d'une simple inflammation chronique.

LÉSIONS COMMUNES AUX TROMPES ET AUX OVAIRES
LÉSIONS PÉRI-ANNEXIELLES

Quoi qu'il en soit, toutes les lésions que je viens de décrire, soit du côté des trompes, soit du côté des ovaires, sont des plus fréquentes. Elles peuvent atteindre un seul de ces organes, ou au contraire être bilatérales. Toutes les combinaisons peuvent se rencontrer et tous ces désordres peuvent apparaître, soit ensemble, soit séparément, et à tous les stades de leur évolution.

Les ovarites scléro-kystiques sont en général bilatérales, mais il n'y a là rien d'absolu, et pour peu qu'on ait l'habitude de la chirurgie des annexes on a bien souvent rencontré les lésions les plus complexes et les plus bizarrement associées. C'est ainsi qu'on pourra trouver les deux trompes suppurées accolées à des ovaires sains, ou au contraire un des ovaires, ou tous les deux, également suppurés, avec des trompes à peu près intactes.

On pourra voir également d'un côté la trompe kystique et purulente accolée à un ovaire sain, tandis que de l'autre côté l'ovaire sera scléro-kystique et la trompe remplie de liquide séreux. On pourra rencontrer encore un hémato-salpinx accompagnant une double ovarite — et je pourrais ainsi, sans sortir de la vérité clinique, énumérer l'une après l'autre toutes les combinaisons possibles.

En règle générale, cependant, les lésions suppurées vont en-

semble, comme il est naturel, et les ovarites purulentes ne se rencontrent guère qu'avec des pyo-salpinx. Il est également très commun de voir les lésions de la trompe plus considéra-

Fig. 47.
Pyosalpinx gauche, enlevé avec l'utérus, sur lequel on voit de petits fibromes sous-séreux (d'après KELLY).

bles que celles de l'ovaire, ce qui se comprend à merveille, si

Fig. 48.
Double pyosalpinx (d'après KELLY).

on songe que la trompe est prise la première dans la marche de l'infection.

Celle-ci d'ailleurs n'agit pas que sur les annexes : elle s'étend souvent aux organes voisins, en déterminant avec eux des *adhérences* dont l'importance est grande au point de vue opé-

ratoire, car ce sont elles qui constituent, par leur présence, la

Fig. 49.
Double pyosalpinx avec pelvi-péritonite (d'après KELLY).

difficulté principale et le plus grand danger dans la cure chirurgicale des suppurations annexielles.

Fig. 50.
Volumineux hydrosalpinx gauche avec nombreuses adhérences (Hystérectomie abdominale). (KELLY.)

Ces adhérences sont ici ce qu'elles sont partout ailleurs dans le péritoine, une conséquence directe de l'irritation de la sé-

reuse sous l'influence de l'infection gagnant de proche en proche. Elles peuvent souder les annexes à tous les organes voisins

Fig. 51.
Double hydrosalpinx. Adhérences (KELLY).

et unir entre eux ces organes eux-mêmes de la façon la plus

Fig. 52.
Double hydrosalpinx (Hystérectomie abdominale), (d'après KELLY).

étroite. Nous avons déjà vu comment la trompe et l'ovaire malades peuvent être soudés l'un à l'autre. De même ils peuvent

adhérer à l'utérus et se coller sur son fond, ou, plus fréquemment, sur sa face postérieure.

Bien souvent aussi, les deux trompes, prolabées dans le cul-de-sac de Douglas et augmentées de volume, s'appliquent l'une contre l'autre et semblent même se fusionner.

Les adhérences avec le péritoine pelvien sont des plus communes. C'est la séreuse qui tapisse la cavité de Douglas qui en présente le plus ordinairement. Il y a bien souvent une union intime de la presque totalité du péritoine pelvien avec les annexes malades. Et la raison en est bien simple. Lorsqu'une trompe prolabée dans le cul-de-sac de Douglas vient à augmenter de volume, elle peut remplir complètement ce cul-de-sac et se mouler pour ainsi dire sur lui, de sorte que le péritoine pelvien est partout en contact avec le péritoine qui recouvre la trompe kystique. Dans les hydrosalpinx et les lésions non septiques, les choses peuvent en rester là. Mais dans les cas où la trompe est infectée, les deux feuillets en contact peuvent se souder sur toute leur étendue, si bien qu'après extraction de la poche tubaire, le péritoine pelvien déchiré, emporté par endroits, dépoli un peu partout, a perdu son aspect séreux sur toute sa surface.

Les adhérences avec les parois du cul-de-sac de Douglas sont surtout intimes vers le fond de ce cul-de-sac et au niveau des fossettes sous-ovariennes. Les adhérences avec le rectum sont parmi les plus importantes. Elles sont souvent très fortes. La situation du rectum, qui se met immédiatement en contact avec les annexes, et sur une étendue d'autant plus grande que celles-ci sont plus augmentées de volume, explique suffisamment cette particularité, qu'il ne faut jamais oublier lors de l'extirpation des annexes, si l'on veut éviter des déchirures du rectum qui, dans les cas difficiles, ne sont pas extrêmement rares.

Les adhérences avec l'anse oméga et le côlon pelvien sont surtout fréquentes du côté des annexes gauches, tandis que les annexes droites entrent plutôt en contact avec l'appendice et quelquefois avec le cæcum, ce qui est relativement rare.

Les adhérences avec l'épiploon sont très communes.

Il en est de même avec l'intestin grêle. Ce dernier organe vient reposer directement sur les annexes. On comprend donc facilement comment, lorsque celles-ci sont malades, une ou plusieurs anses grêles peuvent leur adhérer tout en se fusionnant ensemble.

Enfin dans les cas où les annexes se portent en avant, ce qui d'ailleurs est exceptionnel, il peut y avoir des adhérences avec la face supérieure de la vessie. Avec l'uretère elles sont tout à fait exceptionnelles et d'ailleurs ne peuvent se faire que par l'intermédiaire du péritoine pelvien qui le recouvre.

Ces adhérences sont d'une épaisseur et d'une solidité très variables, qui dépendent de l'intensité de l'infection et de la réaction qui tend à la limiter, et aussi de l'ancienneté de leur production.

Les adhérences très récentes sont fragiles, légères, ressemblant parfois à de minces toiles d'araignées, et le moindre effort suffit à séparer les organes qu'elles unissent.

Plus tard elles s'épaississent, s'organisent, deviennent solides et résistantes, si bien qu'il est impossible de séparer sans les rompre les viscères qu'elles rapprochent. Mais cette résistance est loin d'être proportionnelle à l'ancienneté de la lésion, car si, lorsque certaines lésions anciennes tendent vers la guérison, on peut voir les adhérences s'organiser en tissu fibreux, cicatriciel et permanent, on peut aussi, et dans des cas très nombreux, en voir qui s'atrophient peu à peu et disparaissent complètement.

La fusion des organes adhérents peut être complète. Bien plus, il peut y avoir une résorption véritable des parois de certains d'entre eux, du rectum par exemple, sous l'influence de la marche des collections purulentes annexielles. Lorsqu'une trompe volumineuse et remplie de pus adhère au rectum, le pus tend à se faire jour vers la cavité. Peu à peu la paroi rectale s'amincit; les fibres musculaires peuvent disparaître, la muqueuse elle-même se perforer. Il n'y a plus alors simple adhérence, il y a communication entre la cavité salpingienne et la lumière intestinale.

Ces cas ne sont pas rares, mais il est beaucoup plus fréquent

de voir la paroi rectale simplement amincie et ayant perdu sa solidité. Aussi, au cours de la séparation des adhérences pendant l'opération, cette paroi, moins solide que les adhérences, pourra-t-elle se déchirer, et l'intestin sera ouvert.

Les adhérences séreuses jouent parfois un autre rôle. Elles sont extrêmement riches en lymphatiques, et par ce réseau de nouvelle formation de larges communications s'établissent entre les lymphatiques des poches annexielles et les lymphatiques des organes voisins. Lorsque cet organe adhérent est le rectum ou l'intestin grêle, des éléments microbiens qui y sont contenus peuvent ainsi, par les lymphatiques, passer dans la poche tubaire, et il ne faut pas chercher d'autre origine aux infections annexielles par le bactérium coli, qui sont des plus fréquentes.

On comprend donc qu'à la suite des infections tubo-ovariennes il puisse y avoir, dans le petit bassin, des lésions dont l'aspect présente une variété infinie, et parmi les cas innombrables de cette affection si commune, dès que les lésions sont un peu avancées, il n'en est certainement pas deux qui soient superposables. Tout peut se rencontrer, et tout se rencontre en effet, depuis les lésions simples de certaines salpingites blennorrhagiques où les trompes sont à peine rouges, un peu augmentées de volume, où l'ovaire peut paraître sain ou recouvert à peine de quelques légères adhérences, jusqu'aux lésions effroyables des grandes suppurations pelviennes dans lesquelles le bassin tout entier est rempli d'une masse informe, où sont perdus sous un feutrage d'épaisses adhérences tous les organes pelviens unis les uns aux autres, où les anses grêles et l'épiploon, le rectum, l'utérus et les poches tubaires forment un bloc épais dans lequel toute anatomie disparaît, tout point de repère devient illusoire, et où le chirurgien, qui doit se reconnaître parmi ces mille sensations qui échappent à toute analyse, n'a plus d'autre guide que la délicatesse de son toucher et la précision de son regard.

Symptômes. — Le plus souvent la salpingo-ovarite se développe sournoisement et ses premiers symptômes restent

confondus avec ceux de l'infection utérine qui lui donne naissance. Elle ne survient guère, en effet, que chez quelque malade en puissance de métrite, ou chez laquelle ont apparu, à la suite d'une couche régulière ou prématurée, des accidents puerpéraux. Dans ce cas, il est vrai, le développement de la salpingite est, d'ordinaire, plus rapide, mais la ligne de démarcation entre les phénomènes d'infection tubaire et les phénomènes d'infection utérine n'en est pas moins des plus confuses.

Cependant, dans ces conditions, comme aussi au cours de certaines infections génitales aiguës, comme l'infection blennorrhagique, on peut voir survenir de véritables salpingites aiguës, et DELBET[1] cite des observations dans lesquelles on a rencontré des collections tubaires volumineuses très peu de temps après l'apparition de l'infection première qui les avait provoquées. Mais ce sont là des cas exceptionnels.

En règle générale, au moment où l'on constate pour la première fois des signes d'inflammation tubo-ovarienne, les malades se plaignent déjà depuis un temps plus ou moins long de quelque métrite rebelle. L'extension aux trompes des phénomènes d'infection utérine se traduit en général par une recrudescence ou une aggravation des *douleurs*. Il n'y a pas, à vrai dire, grande différence entre les douleurs de la salpingite et celles qui accompagnent les métrites banales, et l'on rencontre également ici les douleurs dans le bas-ventre, les cuisses et les reins, les pesanteurs du côté de l'abdomen et du périnée, les élancements dans la vessie, le coccyx et surtout le rectum. Mais la douleur tend à se localiser plus nettement sur les côtés de l'utérus, elle s'étend *en largeur*, et c'est la pression dans les régions ovariennes qui la réveille le plus sûrement.

Ces douleurs peuvent être quelquefois très violentes et condamner les malades à l'immobilité la plus complète, mais le fait est assez rare, et les malades se plaignent plus souvent de leur constance et de leur ténacité que de leur violence. Elles reten-

[1] *Loc. cit.*, p. 106.

tissent en outre sur les divers organes pelviens : la miction, la défécation surtout, peuvent devenir très pénibles et certaines femmes sont obligées de s'interdire tous rapports à cause des douleurs qu'ils provoquent. Les coliques salpingiennes, signalées par KALTENBACH et qui seraient dues à des contractions de la trompe expulsant son contenu par la cavité utérine, et se calmant par le fait même de cette expulsion, sont fort rares, et peut-être leur mécanisme est-il un peu théorique.

Il peut y avoir aussi des modifications sensibles dans l'intensité des douleurs suivant l'époque à laquelle on les observe. Dans un grand nombre de cas la période menstruelle a, sous ce rapport, une influence défavorable, et beaucoup de femmes, qui pendant leurs règles sont obligées de garder le lit, recouvrent dans leur intervalle une santé presque parfaite.

Il ne faudrait pas croire que ces douleurs soient constantes. Elles existent, il est vrai, le plus ordinairement, mais elles peuvent faire totalement défaut et il n'est pas rare de rencontrer des poches salpingiennes volumineuses qui ne s'accompagnent d'aucune douleur et quelquefois provoquent tout au plus une vague sensation de gêne.

Lorsque la douleur s'accentue et que la salpingite se présente avec des caractères un peu aigus, il est fréquent de voir apparaître la *fièvre*. Celle-ci est surtout marquée lorsque des phénomènes d'infection périsalpingienne viennent s'ajouter à l'infection des trompes.

Lorsque le péritoine pelvien se prend, ce qui est la règle dans les périsalpingites, les absorptions toxiques sont en effet beaucoup plus actives que lorsque la muqueuse tubaire est seule intéressée. Cette fièvre est en général modérée, mais sous l'influence de poussées péritonéales plus actives, elle peut s'élever assez haut et monter jusqu'à 39 et 40°. Elle affecte d'ailleurs l'irrégularité la plus grande et la courbe thermique des femmes atteintes de salpingite est souvent très accidentée.

Dans les salpingites chroniques, qui, en somme, succèdent presque toujours aux salpingites aiguës dont elles sont pour ainsi dire l'aboutissant naturel, la température reste à peu près

normale et la disparition des phénomènes infectieux entraîne la disparition de la fièvre.

Du côté des *règles*, on observe les troubles les plus variés. Elles peuvent être douloureuses, elles peuvent être difficiles et même supprimées; le plus ordinairement elles sont augmentées en abondance et en durée. Bien souvent encore ces ménorragies s'aggravent et se transforment en métrorragies véritables. Mais ce sont là des troubles qui, plutôt qu'à la salpingite, sont dus sans doute à la métrite concomitante. Il en est de même des écoulements leucorrhéiques qui ne présentent aucun caractère spécial. Parfois, cependant, on peut observer un écoulement abondant, presque subit, augmenté par la pression dans la région ovarienne et suivi même d'une diminution ou d'une disparition de la poche salpingienne. Cette sorte de débâcle est due à l'évacuation brusque du contenu de la trompe qui se vide dans l'utérus, et de là dans le vagin. Ce phénomène est cependant très rare.

En somme les *troubles fonctionnels* des salpingites ne diffèrent guère de ceux que l'on rencontre dans les métrites simples. Les douleurs sont cependant, en général, plus accentuées. Mais les cas sont innombrables dans lesquels il est impossible, par le simple interrogatoire de la malade et l'étude des troubles fonctionnels qu'elle présente, de savoir si l'on se trouve devant une simple infection utérine ou un envahissement des annexes.

Seuls les *signes physiques* et l'examen direct permettront de se prononcer.

Certaines salpingites peuvent atteindre un volume tel qu'elles forment une véritable tumeur appréciable au premier coup d'œil. Mais c'est là une particularité qui ne peut qu'induire en erreur, car elle fait immédiatement songer à quelque affection d'un autre ordre, kyste de l'ovaire ou fibrome, tumeurs ordinairement volumineuses.

Plus fréquemment, la simple application de la main sur le bas-ventre permet de sentir une tuméfaction profonde, occupant, en général, un des côtés du petit bassin, dure, résis-

tante et douloureuse à la pression. Rien ne permet au premier abord d'affirmer qu'il s'agit là d'une collection annexielle, que la sensibilité de la tumeur peut faire seulement soupçonner. Ces signes extérieurs sont en réalité sans valeur, tant qu'ils ne sont pas corroborés par des renseignements plus précis Ceux-ci ne sauraient être fournis que par la combinaison de la palpation abdominale avec le toucher vaginal, en un mot par l'exploration bimanuelle, méthode d'exploration excellente, qu'il faut employer dans tous les cas, sans exception, qui donne les indications les plus exactes, les plus précises, et qui est en même temps la plus simple.

Les renseignements donnés par le toucher varient comme les lésions elles-mêmes, et l'on peut, suivant les cas, trouver des lésions énormes et dont la nature inflammatoire apparaît avec une sorte d'évidence, ou, au contraire, ne percevoir qu'avec difficulté quelques sensations anormales.

Il y a sous ce rapport les plus grandes différences entre les malades. Alors que certaines femmes à paroi abdominale souple et facilement dépressible se laissent examiner avec la plus grande facilité, au point qu'on se rend compte de la situation et du volume des organes comme si on les avait sous les yeux, il en est d'autres, à paroi épaisse, tendue et résistante, chez lesquelles on ne sent à peu près rien, quelque habitude que l'on puisse avoir de ces manœuvres d'exploration.

En règle générale, les salpingo-ovarites se traduisent par quelques symptômes fort simples, faciles à constater dans le plus grand nombre des cas et dont la réunion permet presque d'affirmer la réalité d'une infection des annexes. Ces quelques signes que l'on devra rechercher tout d'abord sont : l'existence de tumeurs, de collections ou plutôt de *masses anormales* péri-utérines, la *sensibilité* plus ou moins vive qu'elles présentent à la pression et enfin l'*immobilité* plus ou moins grande de l'utérus sous l'influence des mouvements communiqués.

C'est ordinairement la *mobilité* de l'utérus qu'il faut rechercher en premier lieu, parce que c'est elle dont il est le plus facile de se rendre compte. Les doigts introduits dans le vagin vont en effet chercher immédiatement le col et reconnaissent

sa situation, son volume et sa consistance. Dès lors, rien n'est plus simple que de lui imprimer des mouvements, soit dans le sens transversal, soit dans le sens antéro-postérieur.

Il est bon, dès ce moment, de chercher au-dessus du pubis le fond de l'utérus, qui est souvent trouvé assez haut, à mi-chemin de l'ombilic, même à l'état normal. Facile à reconnaître chez les femmes maigres et à parois dépressibles, il peut être, au contraire, très difficile à déterminer, pour peu que les femmes soient grasses et contractent leur paroi abdominale. Les mouvements brusques imprimés à l'utérus par la main vaginale, sont souvent d'un grand secours et permettent à la main abdominale de le sentir et de le renvoyer à son tour vers le bas, au contact des doigts vaginaux.

Le *fond de l'utérus* constitue, dans toutes les explorations bimanuelles, un point de repère des plus précieux et qui permet d'orienter, par rapport à lui, les diverses lésions que l'on peut rencontrer dans le petit bassin. La détermination de sa situation permet également d'apprécier assez exactement le *volume* de l'utérus, notion de première importance pour le diagnostic de toutes les lésions utéro-annexielles. Elle permet enfin de se rendre compte de l'état d'antéversion ou de rétroversion de l'organe, et d'éviter ainsi une foule d'erreurs souvent faciles à commettre.

Il est très facile, lorsqu'on a reconnu l'utérus, d'apprécier sa mobilité, et surtout de la distinguer de la simple mobilité du col. Le corps de l'utérus peut être, en effet, absolument fixé par des adhérences situées à son niveau, alors que le col, au-dessous, reste libre et obéit au doigt qui le mobilise. Dans ce cas, qui n'est pas rare, il ne faudrait pas prendre cette simple mobilité du col utérin pour celle de l'utérus entier.

On peut rencontrer tous les degrés dans la recherche de cette mobilité utérine. Et si, bien souvent, on sent une simple résistance aux mouvements de translation ou d'élévation de l'utérus, il arrive fréquemment de sentir la matrice absolument fixée, immobile et comme enclavée dans un bloc massif qui remplit le petit bassin.

La recherche de cette mobilité, les tiraillements et l'ébran-

lement causés par les mouvements communiqués à l'utérus ont aussi une grande importance. Les déplacements de l'utérus sain ne doivent s'accompagner d'aucune souffrance. Le réveil de douleurs plus ou moins vives, sous l'influence des mouvements communiqués, est une présomption très forte de lésions péri-utérines d'origine inflammatoire.

Mais la recherche la plus délicate et aussi la plus indispensable est celle des *annexes* elles-mêmes. Dans certains cas, et en particulier dans les ovarites simples qui ne s'accompagnent pas d'un changement de volume de la trompe, le toucher peut ne rien donner. Les trompes saines ne peuvent être perçues par le palper bimanuel, sauf dans quelques cas, chez des femmes à ventre très souple et qui se présentent dans des conditions d'examen particulièrement favorables. On peut alors sentir quelquefois, vers la corne utérine, un léger cordon glisser entre la main vaginale et la main sus-pubienne, qui se touchent pour ainsi dire à travers la paroi.

L'ovaire est également bien difficile à sentir dans les conditions normales, et il est presque permis de dire que lorsqu'on sent un ovaire par le toucher vaginal, ce qui est quelquefois possible en l'appliquant contre la paroi latérale du bassin avec l'extrémité des doigts introduits dans le vagin, il y a des chances très sérieuses pour qu'il soit augmenté de volume et peut-être même malade. Les douleurs provoquées, dans ces cas difficiles, ont une importance réelle, et plaident, comme toujours, en faveur d'une affection inflammatoire.

En dehors de ces cas, dans lesquels on ne sent rien, ou à peu près, et qui permettent de soupçonner la salpingo-ovarite plutôt que de l'affirmer, il en est de très nombreux, beaucoup plus nets, dans lesquels les lésions se précisent. Mais les signes sont alors assez différents suivant que les lésions sont haut ou bas situées.

Lorsque les poches salpingiennes sont situées assez haut, étendues entre la corne utérine et les parois du bassin, les culs-de-sac vaginaux peuvent être souples, dépressibles, et c'est seulement en les refoulant le plus possible vers le haut que les doigts vaginaux peuvent percevoir les masses latérales que la

main sus-pubienne empêche de fuir vers l'abdomen. Ces masses haut situées, mal perçues par le vagin, sont souvent accessibles sous la paroi. On les sent près de la corne utérine, mais en général séparées d'elle par une dépression assez profonde qui correspond à la partie interne de la trompe. Celle-ci se dilate en effet aux dépens de sa partie externe. La moitié interne reste donc mince et il y a souvent une sorte de fossé sensible à l'extérieur entre la poche tubaire et le fond de l'utérus.

L'ovaire ne peut, en général, être perçu séparément. Dans quelques cas, il est transformé en un kyste purulent qui peut se surajouter à la trompe, mais il est très difficile de faire la part de ce qui revient à l'un ou à l'autre organe.

Le volume des annexes malades peut être très variable : il donne la sensation d'une grosse noix, d'un œuf, d'une orange, quelquefois même d'une tête de fœtus.

Presque toujours, d'ailleurs, les poches salpingiennes sont moins volumineuses qu'elles ne le paraissent. A cette apparence trompeuse, il y a deux raisons principales. D'abord le diamètre de la poche, dont on se rend compte en appréciant la distance qui sépare les deux mains exploratrices, paraît plus grand qu'il ne l'est en réalité et doit être diminué de l'épaisseur de la paroi abdominale, et de celle des tissus qui séparent le cul-de-sac vaginal de la tumeur elle-même. Il faut donc, dans chaque cas particulier, faire une sorte de correction mentale qu'une certaine habitude permet d'établir avec assez de précision. En outre, il y a presque toujours, autour des annexes malades, des tisssus indurés, des fausses membranes, des couches infiltrées qui donnent à la main qui les explore une sensation analogue à celle que donne la poche kystique elle-même. Celle-ci semble donc plus volumineuse de toute l'épaisseur des tissus périphériques infiltrés. Et l'on est souvent tout surpris, lors de l'opération, de ne trouver que des annexes peu volumineuses alors que l'exploration les faisait présumer très grosses.

J'ai dit plus haut combien il était fréquent de voir les annexes malades tomber derrière l'utérus et les ligaments larges, dans la cavité de Douglas. Les annexes ainsi bas situées sont très

faciles à sentir par le toucher vaginal. Les doigts tombent sur elles dans le cul-de-sac postérieur et les culs-de-sac latéraux. Il n'y a plus ici de tissus intermédiaires, ou du moins il n'y en a que fort peu, et la paroi vaginale seule sépare les doigts de la poche kystique. Lorsque celle-ci, peu enflammée, n'est pas entourée d'une épaisse couche de fausses membranes il est souvent facile d'apprécier sa forme, sa consistance, sa rénitence et parfois même, lorsque la poche est assez volumineuse et est accessible à la main sus-pubienne, sa fluctuation.

Lorsque les annexes d'un côté sont seules malades, elles se présentent ordinairement, quand elles sont prolabées dans la cavité de Douglas, sous la forme d'une masse assez dure, occupant en même temps le cul-de-sac latéral du vagin et une partie plus ou moins grande du cul-de-sac postérieur qui, dans les cas de pyosalpinx volumineux, peut faire dans le vagin, derrière le col, une saillie considérable. Entre le col et la tumeur on trouve en général un sillon assez net dans lequel on peut enfoncer l'extrémité du doigt.

Lorsqu'on se trouve en présence d'une annexite double, si les deux annexes sont ensemble prolabées dans la cavité de Douglas, celle-ci peut être absolument remplie, et l'on peut alors, par le cul-de-sac postérieur, sentir les deux tumeurs qui paraissent fondues en une seule ou sont au contraire séparées par un sillon plus ou moins profond.

Ces diverses dispositions peuvent se combiner, et en même temps qu'on sent une masse dans le cul-de-sac postérieur, près du doigt qui l'explore, on peut en sentir une autre loin de lui, sur la corne utérine et développée au contraire vers la partie supérieure du petit bassin.

Souvent on ne sent pas de poche nette, surtout si la femme est grasse, ou si sa paroi se déprime mal. On peut cependant encore, dans bien des cas, se convaincre de l'existence d'une infection annexielle par la simple exploration des culs-de-sac vaginaux qui peuvent manquer de souplesse, et même présenter une induration véritable sur laquelle une pression légère éveille la douleur. Mais dans ces cas il peut y avoir simplement une infection du tissu cellulaire sus-vaginal, un phlegmon de

la gaine hypogastrique, sans participation des trompes, et il peut être impossible de se prononcer avec certitude.

Tels sont les signes les plus communs auxquels on reconnaît les suppurations annexielles. Presque toujours c'est dans le cul-de-sac postérieur et les culs-de-sac latéraux qu'on les rencontre. Dans le cul-de-sac antérieur, elles sont beaucoup plus rares.

Dans bien des cas, il est impossible de localiser les lésions avec autant de netteté. L'utérus immobile, absolument fixé dans sa situation, est entouré de tous côtés de masses inflammatoires dont on peut également sentir au-dessus du pubis la partie supérieure. On a la sensation d'une tumeur irrégulière, indurée, peu homogène, douloureuse à la pression et qui peut remonter jusqu'au niveau de l'ombilic. Ce sont des cas complexes, dans lesquels tous les organes voisins sont intéressés et qui correspondent à ces formes auxquelles Pozzi a donné le nom de péri-métro-salpingites, ou encore à certaines pelvi-péritonites et aux phlegmons péri-utérins.

J'aurai l'occasion d'y revenir.

Il est inutile de rappeler que dans certains cas difficiles il sera tout indiqué de pratiquer le *toucher rectal* qui peut donner des renseignements précieux, surtout dans les cas d'annexites remplissant la cavité de Douglas et dont on apprécie ainsi beaucoup mieux les rappports avec le rectum.

Quant au *toucher vésical*, qui a été pratiqué, je n'en parle que pour le proscrire. Il me paraît avoir beaucoup plus d'inconvénients que d'avantages et les quelques renseignements, d'ailleurs vagues et incertains, qu'il peut donner sont achetés trop cher au prix des ennuis et des accidents qu'il peut entraîner.

L'examen au spéculum n'apprend rien et il faut savoir s'en passer. Il peut quelquefois montrer la saillie du cul-de-sac postérieur distendu, que le doigt avait déjà permis de sentir. Mais souvent l'introduction du spéculum sera rendue nécessaire, comme premier temps d'une exploration beaucoup plus utile. Je veux parler de l'*hystérométrie*. L'exploration de la cavité utérine, soit avec un hystéromètre métallique, soit avec une sonde en gomme, sera souvent indiquée. Elle permettra de se rendre

compte des dimensions de l'utérus, de sa direction, de sa coudure dans certains cas de rétroflexion, et viendra, en fin de compte, préciser la situation exacte de l'organe souvent perdu au milieu des poches qui l'entourent.

Quant à se rendre compte du contenu des poches salpingiennes, en règle générale il n'y faut pas songer. Sans doute les collections douloureuses, indurées, plongées dans une gangue inflammatoire, sont ordinairement des collections purulentes. D'autre part, les collections indolentes, lisses, qui semblent ne pas adhérer aux tissus voisins, sont en général des collections non enflammées, des hydro ou hémato-salpinx qu'il est à peu près impossible de différencier l'un de l'autre. Mais il serait, en ces matières, téméraire de rien affirmer.

Enfin, dans les cas particulièrement ardus, il reste une précieuse ressource, l'*anesthésie*. C'est un moyen admirable et qu'il ne faut pas hésiter à employer lorsqu'il s'agit de juger, dans un cas difficile, de l'opportunité d'une opération dont peut, en somme, dépendre la vie d'une femme.

Il est extraordinaire de voir avec quelle facilité on peut parfois explorer sous l'anesthésie un petit bassin que la contraction musculaire provoquée par la douleur rendait inaccessible. Chez certaines femmes un peu maigres et à parois abdominales flasques on peut ainsi se rendre un compte absolument précis de toutes les lésions pelviennes, qu'on explore parfois presque aussi bien que lorsque l'abdomen est ouvert.

Malheureusement il est loin d'en être toujours ainsi, et bien souvent, même après anesthésie, bien des sensations restent vagues, bien des points restent obscurs. Ce qu'il faut demander à la clinique, ce n'est pas une précision impossible dans la détermination de lésions toujours complexes, c'est une indication thérapeutique nette. L'examen clinique doit avant tout dicter la décision opératoire et l'opération fait le reste.

Évolution. — Accidents. — Terminaisons. — Les salpingo-ovarites ont une marche presque toujours chronique. Il en est cependant d'aiguës, et ce sont celles qui donnent lieu aux signes physiques les moins accentués, les lésions volu-

mineuses, les poches kystiques et purulentes n'ayant pas eu le temps de se constituer. Elles entraînent parfois des phénomènes violents du côté du petit bassin, des lésions qui peuvent diffuser vers le péritoine et mettre très rapidement en péril la vie de la malade. Il y a là une sorte d'infection foudroyante. J'en ai observé et guéri deux cas qui semblaient désespérés en pratiquant une ablation vaginale immédiate de l'utérus et des annexes et en drainant largement le petit bassin. Il est vrai que ce n'est pas là, en réalité, une salpingite. La trompe n'a fait que servir de passage aux agents infectieux et les lésions qu'elle présente sont souvent presque nulles. Elles sont en tout cas d'importance secondaire, et c'est l'infection péritonéale qui domine la scène. Mais, en dehors de ces cas suraigus, il y a des salpingites aiguës qui s'accompagnent, elles, de lésions graves, de poches assez volumineuses remplies d'un pus virulent, de foyers péri-salpingiens, d'adhérences épaisses où se trouvent parfois des lacunes et des cavités purulentes, et qui peuvent s'aggraver rapidement au point d'entraîner en peu de temps, soit par rupture dans le péritoine, soit par extension progressive des phénomènes d'infection, une terminaison fatale.

La *rupture* de la trompe malade est un accident terrible et qui, si on n'intervient pas immédiatement, se termine à peu près fatalement par la mort. Une pelvi-péritonite suraiguë qui se transforme bientôt en péritonite diffuse emporte la malade au milieu de phénomènes foudroyants.

C'est un accident qu'il faut prévoir et qu'il faut bien connaître, car un diagnostic immédiat permettra quelquefois d'intervenir à temps pour sauver la malade. Malheureusement le diagnostic est la plupart du temps fort difficile à établir et ce n'est que l'apparition des accidents d'infection péritonéale qui permettra de le porter.

Parfois cependant, au moment de la rupture, une amélioration passagère se produit qui peut malheureusement faire croire à une amélioration définitive. Mais il ne s'agit là que d'une accalmie trompeuse, une accalmie traîtresse, comme celle que le professeur Dieulafoy a décrite dans l'appendicite perforante. Au moment où la poche se vide, les douleurs pro-

voquées par sa tension se calment comme par enchantement, la malade se sent bien, ne souffre plus, se croit guérie, fait partager sa confiance à ceux qui l'entourent et trop souvent aussi au médecin qui, quelques heures après, assiste à l'éclosion d'une péritonite mortelle. J'en ai observé plusieurs cas qui m'ont profondément frappé.

Il faut donc, sous ce rapport, surveiller les malades de très près. Une salpingite qui ne s'améliore pas assez rapidement est une salpingite qui risque de devenir très grave. Dans le doute et l'incertitude, mieux vaut intervenir et pécher par excès de hardiesse que par l'excès d'une prudence qui est, en l'espèce, beaucoup plus dangereuse.

Mais ces accidents sont relativement rares et il est beaucoup plus commun de voir la salpingite, après une période d'acuité plus ou moins vive, se refroidir peu à peu et passer à l'état chronique. Elle peut d'ailleurs guérir, et il est certain que des lésions salpingiennes et péri-salpingiennes assez graves peuvent diminuer progressivement et disparaître sans retour. Sans doute la guérison absolue est exceptionnelle, et il reste d'ordinaire quelques traces des lésions premières, mais les troubles de toute sorte causés par la maladie peuvent disparaître et la malade peut recouvrer, en somme, une santé à peu près parfaite.

Malheureusement ce n'est pas là la règle et il est plus ordinaire de voir les salpingo-ovarites passer à l'*état chronique*. Après une amélioration passagère, sous une influence quelconque, infection nouvelle, fatigue, ou même sans cause appréciable, les lésions assoupies se réveillent. Les douleurs reparaissent et on assiste à une nouvelle crise de la maladie, en tout semblable à la première, quelquefois plus légère, souvent plus grave. La malade souffre dans les reins, les cuisses, le bas-ventre ; la fièvre s'allume, en général modérée ; le ventre devient sensible et parfois même, sous l'influence d'une poussée plus violente, se ballonne et se tympanise ; le facies s'altère ; les vomissements apparaissent ; le pouls fléchit et se précipite, et la malade semble sous le coup d'une péritonite imminente. Quelquefois, malheureusement, celle-ci suit son cours et la patiente ne tarde pas à succomber, à moins qu'une inter-

vention tardive, trop souvent inutile, ne parvienne à la sauver.

Cependant cette terminaison funeste est relativement rare, eu égard à la fréquence de la salpingo-ovarite. Il est plus commun de voir cette poussée inflammatoire s'apaiser peu à peu, et la malade, sous l'influence d'un repos prolongé, revenir à une santé relative, jusqu'à ce qu'une poussée nouvelle vienne reproduire le même tableau.

Plus ces poussées sont fréquentes, plus la santé générale s'altère. Ces femmes, constamment malades et sous le coup d'accidents aigus, sont de véritables infirmes, condamnées, souvent pendant plusieurs jours par mois et plusieurs mois par an, au repos au lit, à la chaise longue à perpétuité, à des douleurs incessantes et à des rechutes sans nombre. Un tel état ne peut durer indéfiniment, et bien des malades, fatiguées, amaigries, se cachectisent peu à peu et finissent par succomber à des accidents d'infection chronique ou à quelque complication subite, comme une péritonite diffuse.

Parfois les poches salpingiennes, ayant contracté des adhérences avec les organes voisins, peuvent *s'ouvrir* dans l'un d'entre eux. Elles s'évacuent dans le vagin, dans la vessie, ce qui est exceptionnel, dans le rectum, ce qui est relativement fréquent. Cet accident peut même souvent se terminer par la guérison. Mais parfois aussi la poche, communiquant avec une cavité infectée, comme le rectum, devient le siège de suppurations secondaires, de fistules intarissables qui compliquent l'infection première, aggravent l'état général et peuvent même causer des accidents irréparables.

Il est un accident singulier, mais assez rare, et qui n'est en général reconnu qu'au cours d'une intervention : c'est la *torsion* de la poche kystique. Bland Sutton, Pierre Delbet, Legueu [1], Gosset, Reymond, Hartmann [2], en ont publié des observations, et Cathelin vient, dans une étude complète, d'en réunir 41 observations [3].

[1] Legueu et Chabry. *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominales*, 1898, p. 11.

[2] *Annales de gyn. et d'obst.*, 1900, p. 119.

[3] Cathelin. *La torsion des hydrosalpinx; Revue de chir.*, fév. 1901.

Le pédicule de la salpingite, lorsqu'il est assez mince, ce qui n'arrive guère que lorsque l'ovaire n'est pas compris dans

Fig. 53.
Salpingite à pédicule tordu (Labadie-Lagrave et Legueu).

la tumeur, peut se tordre sur lui-même en décrivant un tour de spire ou même davantage, et on en a compté jusqu'à quatre. C'est un accident identique à celui qu'on observe dans certains kystes de l'ovaire. Il se traduit par un arrêt de la circulation dans la tumeur. Les veines, puis les artères cessent successivement de livrer passage au sang et on assiste à des accidents de congestion intense, puis de sphacèle (fig. 53). Le tout

donne lieu à une recrudescence des douleurs et à des phénomènes aigus qu'il est à peu près impossible de rapporter à leur véritable cause et qui sont pris pour une de ces poussées péritonitiques si fréquentes dans les salpingites.

Parfois des adhérences s'établissent avec la paroi abdominale, sous laquelle on sent se dessiner un plastron inflammatoire, et l'on peut voir la collection purulente *s'ouvrir à l'extérieur*. Mais c'est là une terminaison tout à fait exceptionnelle.

En résumé, s'il est assez rare de voir les salpingo-ovarites aiguës provoquer des accidents rapidement mortels, et s'il est fréquent de les voir guérir complètement, il est malheureusement trop commun de les voir passer à l'état chronique et, sous l'influence de poussées inflammatoires incessantes, conduire peu à peu la malade à un état de plus en plus précaire, que quelque complication peut terminer subitement.

Diagnostic. — Les salpingo-ovarites peuvent revêtir les aspects les plus divers et simuler à s'y méprendre toutes les affections pelviennes. On peut même dire qu'il n'en est aucune avec laquelle elles n'aient été confondues.

Dans les salpingites simples, sans augmentation de volume des trompes, sans empâtement périphérique, rien ne permet d'affirmer la réalité de l'infection tubaire. Sans doute, lorsqu'on réveille par le palper bimanuel une douleur au niveau des trompes, il y a lieu de la soupçonner, car la métrite simple ne s'accompagne guère de douleurs dans la région des annexes. Encore faut-il sur ce point faire quelques réserves, et l'appareil tubo-ovarien est souvent assez sensible par lui-même pour pouvoir l'être davantage encore, lorsque l'utérus est enflammé et prédisposé par ce fait même aux poussées congestives et douloureuses.

D'autre part, certaines névralgies pelviennes qu'on rencontre sans lésions appréciables ou qui ne s'accompagnent que d'altérations scléro-kystiques insignifiantes, donnent lieu aux mêmes douleurs, et dans ces conditions il est vraiment bien

difficile, même en tenant compte de l'état général du sujet, de se prononcer fermement.

Les salpingo-ovarites simples, catarrhales, non kystiques, seront donc souvent confondues avec de simples *métrites*, avec des *névralgies ovariennes*, sans que rien puisse empêcher de commettre cette erreur. Le mieux est, dans ces cas, qui sont fréquents, de se garder de porter un diagnostic ferme, d'instituer un traitement régulier et d'attendre les événements.

Lorsque les lésions salpingo-ovariennes sont accentuées et qu'elles s'accompagnent d'altérations inflammatoires de voisinage, lorsque le toucher révèle, dans les culs-de-sac, ou plus haut, en un point quelconque du petit bassin, des tumeurs plus ou moins volumineuses, on peut alors commettre toutes les erreurs et confondre les salpingo-ovarites avec toutes les affections qui, dans le bassin, peuvent donner naissance à des tumeurs solides ou à des collections liquides péri-utérines.

Toutes les tumeurs du cul-de-sac postérieur donnent aux doigts qui les touchent, à peu près les mêmes sensations. Aussi la trompe prolabée et kystique fixée dans la cavité de Douglas pourra-t-elle être prise pour le fond de l'utérus rétrofléchi, et réciproquement. Si la femme est très facile à examiner et que son ventre soit très souple, l'absence ou la présence constatée du fond de l'utérus au-dessus du pubis pourra permettre de penser à la *rétroflexion utérine* ou de repousser cette idée. Dans le doute, et dans les cas nombreux où le toucher bimanuel ne donne pas de sensations suffisantes, l'hystérométrie, qui permet d'apprécier la direction et la forme de la cavité utérine, fournira sur ce point les renseignements les plus précieux.

Si la cavité utérine est droite et l'utérus en position normale, la salpingite postérieure peut encore être confondue avec un *fibrome* accolé à la paroi postérieure de l'utérus. Si le fibrome est petit, sous-péritonéal, s'il ne donne lieu ni à des hémorragies ni à une augmentation de la cavité utérine, ni à une tumeur sensible au-dessus du pubis, l'erreur peut devenir presque fatale. L'évolution de la maladie, les

signes d'infection métritique, la sensibilité de la tuméfaction rétro-utérine ont alors la plus grande valeur au point de vue du diagnostic. Encore rencontre-t-on nombre de salpingites qui évoluent sans aucun signe bruyant, comme des fibromes, et qui, comme ceux-ci, s'accompagnent d'hémorragies dues à une métrite concomitante, et d'écoulements leucorrhéiques provenant de la même cause, de même qu'on rencontre des salpingites qui ne s'accompagnent d'aucune douleur à la pression, alors qu'au contraire certains fibromes peuvent être très douloureux.

Le toucher rectal peut, dans ces conditions, rendre quelques services en permettant d'explorer la partie postérieure de la tumeur. On peut ainsi quelquefois la circonscrire, constater qu'elle fait corps avec l'utérus, et reconnaître à sa forme, à sa situation, à sa consistance, qu'il s'agit d'un fibrome. De même on pourra éviter l'erreur, si, en même temps que la tumeur postérieure, on sent nettement, beaucoup plus haut, les deux trompes et les deux ovaires augmentés de volume. On se trouve dans ce cas en présence d'un fibrome accompagné d'une salpingite double.

Toutes les combinaisons peuvent ainsi se présenter, et le tact, l'expérience, l'analyse des sensations que l'on éprouve peuvent seuls permettre de faire un diagnostic précis, dans ces cas difficiles où les plus expérimentés peuvent commettre des erreurs.

Il en est de même dans l'*hématocèle rétro-utérine*, dont les signes physiques peuvent, lorsque l'épanchement sanguin est enkysté, donner absolument la sensation d'une salpingo-ovarite simple ou bilatérale. Il n'y a guère que l'apparition brusque de la maladie, les phénomènes dramatiques du début, lorsqu'ils existent, la régularité, la situation exactement médiane du cul-de-sac tuméfié, l'accroissement rapide, l'apparition au moment des règles, qui peuvent faire pencher la balance en faveur d'une hématocèle. Encore tous ces phénomènes, sans exception, peuvent-ils se rencontrer dans les salpingo-ovarites.

J'en dirai autant de la *pelvi-péritonite*, qui n'est d'ailleurs bien souvent qu'une complication de quelque salpingite première. Quelquefois le petit bassin tout entier semble rempli par une coulée solide qui unit tous les organes, et l'utérus est comme noyé dans une masse inflammatoire. Les culs-de-sac n'existent plus, à part le cul-de-sac antérieur, qui persiste ordinairement, et il est impossible d'isoler les annexes aussi exactement qu'on le fait dans les salpingites. Il en est de même dans certaines lésions complexes, parmi lesquelles l'infection du tissu cellulaire, le *phlegmon péri-utérin*. Ces *phlegmons péri-utérins*, que j'étudierai plus loin, se développent dans le tissu cellulaire voisin. Le plus souvent ils occupent la gaine hypogastrique. Ils sont donc situés à la base du ligament large, immédiatement contre l'utérus. Ils lui adhèrent plus intimement encore que les salpingites, et on ne constate pas entre l'utérus et la tumeur sus-vaginale constituée par le phlegmon ce sillon qu'on sent d'ordinaire entre ce même utérus et une collection enkystée comme le sont les collections tubaires. De plus, ces phlegmons ont une tendance à fuser en avant de l'utérus dans le tissu cellulaire qui le sépare de la vessie, et à se manifester en ce point par une induration du cul-de-sac antérieur, qui constitue un assez bon signe de diagnostic avec les salpingites simples. Mais l'erreur n'en est pas moins très commune, et d'ailleurs rien n'est plus fréquent que de voir l'infection tubaire et l'infection celluleuse, la salpingite et le phlegmon, se développer de conserve.

Les *kystes de l'ovaire* de petit volume, les *collections du ligament large* accolées à l'utérus peuvent ressembler trait pour trait à des collections salpingiennes, et parfois ni l'évolution, souvent inconnue, ni l'histoire de la malade, souvent obscure, ne pourront les différencier.

Les salpingites sont donc susceptibles de prendre, en somme, la forme clinique de toutes les affections du petit bassin. Des salpingites doubles, adhérentes à l'utérus et mobiles avec lui, accompagnées d'hémorragies, ont pu même être prises pour un *fibrome* type, et j'ai vu des chirurgiens expérimentés commettre cette erreur.

Bien plus, il est parfois difficile, le ventre étant ouvert et les lésions étant sous les yeux, de se prononcer exactement sur la nature exacte de certaines affections pelviennes, les adhérences, les tuméfactions, les collections péri-utérines, annexielles ou extra-tubaires, pouvant revêtir les aspects les plus variés et les plus contradictoires.

L'*appendicite* elle-même est parfois confondue avec la salpingo-ovarite. Que la collection tubaire soit un peu haut, que la collection appendiculaire soit un peu bas, et l'erreur est facile, car les symptômes douloureux et l'évolution, qui est celle d'une collection péritonéale enkystée, peuvent être identiques. Une rupture salpingienne peut aussi ressembler exactement à l'invasion péritonéale suraiguë provoquée par une appendicite perforante.

Il faut être prévenu de ces faits, qui ne sont pas rares, que j'ai moi-même rencontrés au moins deux fois, pour éviter une erreur qui peut devenir grave. Parfois la salpingite et l'appendicite coexistent. Bouilly en a cité des cas, et j'en ai observé un fort net. Dans un cas de Quénu, l'extrémité de l'appendice perforé venait s'ouvrir dans le pavillon de la trompe. L'examen attentif des phénomènes intestinaux et surtout des lésions pelviennes et péri-utérines pourra seule garder de cette erreur, qui peut, malgré tout, être inévitable.

Dans ces conditions délicates, le moindre signe de lésions péri-utérines et surtout le défaut de mobilité de l'utérus, ou seulement du fond de cet organe, le col restant souvent mobile alors que le fond ne l'est plus, doit faire pencher en faveur de quelque lésion salpingienne, le maximum de la douleur siégeât-il nettement au niveau de l'appendice même ou au point classique de Mac-Burney, qui d'ailleurs m'a toujours paru un peu trop haut.

Le diagnostic des salpingo-ovarites peut donc être très épineux. Toutes les erreurs se commettent, et les cas sont fréquents où il n'est pas possible de ne pas les commettre. Il ne faut pas demander à la clinique plus qu'elle ne peut donner, et quand des maladies différentes évoluent de la même façon

et donnent à l'exploration des sensations identiques, il n'est pas possible de ne pas les confondre, et c'est perdre son temps que de s'évertuer à discuter des signes théoriques que la clinique dément le lendemain.

Presque toujours, lorsque ces erreurs sont commises, elles le sont dans le même sens. Ce sont des hématocèles, de petits kystes ovariens, des fibromes de la paroi postérieure, qui sont pris pour des salpingites. Si l'erreur inverse est plus rare, cela tient à ce que la fréquence des infections tubaires les fait rencontrer chaque jour, et que lorsqu'on connaît l'extrême variété de leur aspect et leur véritable polymorphisme, on est tenté d'en voir plus encore qu'il n'y en a.

Il faut donc, si l'on veut se tromper le moins souvent possible dans le diagnostic des salpingites, se souvenir des signes principaux qui les caractérisent, et lorsqu'on se trouve en présence d'un utérus de dimensions normales, flanqué de *masses* plus ou moins volumineuses, hautes ou basses, près des cornes ou près du col, loin des culs-de-sac ou au contraire immédiatement au contact du vagin dont les parois ont souvent perdu leur souplesse, lors surtout que ces masses sont *douloureuses* à la pression, sujettes à des *poussées inflammatoires* subites suivies d'améliorations, de rechutes et quelquefois d'accidents redoutables, on est en droit de songer à des salpingo-ovarites, et dans cette affection où toutes les erreurs sont possibles, on aura des chances sérieuses de les commettre rarement.

Mais il ne suffit pas de savoir qu'on se trouve en présence d'une salpingite, il faut tâcher de se rendre compte des lésions qui l'accompagnent, car la conduite thérapeutique en peut souvent dépendre. Il faut tâcher de se représenter clairement les lésions que le toucher ne montre que d'une façon toujours un peu obscure, il faut, pour ainsi dire, « objectiver ses sensations ». Le choix de l'intervention est à ce prix.

Il faut se rendre compte de la situation des trompes malades, voir si elles sont situées très haut, au contact des intestins auxquels elles peuvent adhérer, ou au contraire très bas dans le cul-de-sac de Douglas. Il faut surtout tâcher de savoir si les

lésions sont *limitées à un côté*, ou si, au contraire, elles sont *bilatérales*. On comprend toute l'importance de cette dernière notion, au point de vue du traitement. Car, suivant que les lésions seront unilatérales ou s'étendront aux deux côtés, on devra garder l'utérus ou le sacrifier sans remords.

II

INFECTIONS PÉRI-UTÉRINES

Les phénomènes infectieux qui ont pour siège les organes du petit bassin ne restent pas toujours localisés aux trompes et aux ovaires. Nous venons de voir qu'ils s'étendent souvent aux parties voisines, et que des adhérences s'établissent entre les annexes et le rectum ou les intestins.

Ces adhérences se font aux dépens du péritoine, qui par conséquent se trouve infecté. Il y a donc alors un certain degré d'inflammation du péritoine pelvien, de *pelvi-péritonite*. Mais c'est là une lésion tout à fait secondaire, qui s'efface pour ainsi dire devant les lésions primordiales des trompes et des ovaires.

De même, bien que plus rarement, le tissu cellulaire péri-utérin, sous-péritonéal, s'infecte consécutivement à l'infection utérine, des suppurations plus ou moins graves s'y développent et diffusent ou se circonscrivent, et l'on se trouve en présence de *phlegmons* ou *d'abcès pelviens*. La fréquence des lésions utéro-annexielles qui dominent absolument la pathogénie de ces infections cellulaires ou péritonéales, a conduit certains auteurs à les leur rattacher directement, et c'est ainsi que Pozzi les a réunies dans une même description sous le nom de *péri-métro-salpingites*. Il est cependant des cas dans lesquels on voit se développer des suppurations du péritoine pelvien et surtout du tissu cellulaire, sans participation des trompes ou des ovaires qui ne présentent aucune trace d'infection. Pour les phlegmons pelviens c'est peut-être le cas le plus

fréquent, et Reclus, qui a éloquemment plaidé la cause de l'individualité de la pelvi-péritonite, a cité des exemples fort nets de cette dernière affection[1]. Si ceux-ci sont relativement rares, ils n'en existent pas moins, et cela suffit pour que je croie devoir, à l'exemple de Pierre Delbet, de Legueu et d'autres auteurs, leur consacrer une étude spéciale.

A. — Pelvi-péritonite

La pelvi-péritonite est l'inflammation du péritoine pelvien.

Sans doute il n'y a pour ainsi dire pas de salpingo-ovarite qui ne s'accompagne d'un certain degré d'inflammation du péritoine avoisinant. Nous avons vu combien les adhérences sont fréquentes soit au niveau du pavillon, soit au niveau de l'ovaire, à la surface des poches tubaires, dans la cavité de Douglas, un peu partout enfin. Or les adhérences sont le témoignage d'un travail de réaction du péritoine enflammé. Il y a donc eu, dans tous ces cas, inflammation du péritoine pelvien. Il n'y a cependant pas, en réalité, pelvi-péritonite, au sens qu'il faut actuellement attribuer à ce mot. L'inflammation péritonéale est en effet, dans ces cas, tout à fait secondaire, et ce sont les lésions annexielles qui occupent le premier plan.

Quelquefois, au contraire, les lésions péritonéales dominent la scène. Elles sont très étendues, souvent même très bruyantes, tandis que du côté des annexes ou de l'utérus on ne trouve rien, ou à peu près rien. L'infection du péritoine pelvien se place alors au premier rang, et la maladie ainsi constituée mérite de prendre le nom de *pelvi-péritonite* qui traduit cet état de choses.

Ainsi délimitée, la pelvi-péritonite est assez rare. Lorsque Bernutz et Goupil la décrivirent en 1857, ils englobèrent sous ce nom les suppurations pelviennes tout entières. Pour eux, c'est le péritoine pelvien qui était primitivement malade, et c'est de lui que partait l'inflammation pour se répandre dans les organes voisins, le tissu cellulaire du petit bassin et les

[1] Reclus. *Sem. médic.*, 1891, et *Cliniques de la Pitié*.

ligaments larges, où GRISOLLE et BOURDON, NONAT, VALLEIX, GALLARD, avaient déjà signalé des inflammations et des abcès.

La pelvi-péritonite de BERNUTZ et GOUPIL n'était donc en réalité, dans l'immense majorité des cas, que la salpingo-ovarite d'aujourd'hui, si souvent compliquée de lésions péritonéales et d'infections de voisinage.

La pelvi-péritonite qu'on décrit actuellement a donc un sens beaucoup plus restreint, et s'applique simplement aux infections du péritoine pelvien sans lésions importantes des organes voisins et en particulier des annexes.

C'est une péritonite localisée au petit bassin.

Étiologie et pathogénie. — A l'origine de toute pelvi-péritonite, il y a une infection. C'est là un point qu'il est inutile de discuter, et les troubles de la menstruation invoqués par BERNUTZ et par HEITZMANN ne sont que des causes adjuvantes rendant l'infection plus facile. Souvent même ils sont simplement provoqués par la maladie, au lieu de lui donner naissance.

Le seul point intéressant est celui de savoir comment l'infection gagne le péritoine pelvien sans altérer les trompes et les ovaires. Quand ceux-ci sont malades et que la pelvi-péritonite éclate comme une complication de la salpingo-ovarite, le phénomène est bien simple et il s'agit là, tout simplement, d'une infection directe. Mais lorsque les annexes ne présentent pas de lésions sensibles, les voies de l'infection ne sont pas aussi claires.

Il est cependant certain, pour ne pas dire évident, que le point de départ initial est dans la muqueuse utérine. Il n'y a pas de pelvi-péritonite sans infection utérine préliminaire. Or, pour gagner le péritoine pelvien, les agents infectieux ne peuvent suivre que deux voies, la voie *muqueuse* ou la voie *lymphatique*. La voie *sanguine*, qu'il faut souvent incriminer dans l'apparition des foyers d'infection microbienne, est ici négligeable. Elle peut déterminer des phlébites, des abcès éloignés, des suppurations viscérales, mais elle ne saurait provoquer la pelvi-péritonite isolée.

Je n'insiste pas sur ce point, dont j'ai déjà parlé à propos des infections annexielles (voy. p. 38). Nous avons déjà vu que les ymphatiques sont souvent envahis par les agents pyogènes, et en particulier par le streptocoque. Il est certain qu'il y a des communications nombreuses entre les lymphatiques du ligament large et la surface séreuse du petit bassin. Il n'y a donc aucune raison pour que les agents microbiens puisés par les lymphatiques au niveau de la muqueuse utérine ne puissent, après un trajet plus ou moins long et plus ou moins détourné, être transportés par ces mêmes lymphatiques jusque sur la séreuse pelvienne où ils détermineront des phénomènes nfectieux. Mais il est probable que cette voie d'infection n'est guère suivie que par le streptocoque et qu'elle donne plus souvent lieu à des suppurations cellulaires et à des phlegmons pelviens qu'à la pelvi-péritonite proprement dite.

La voie muqueuse est toujours ouverte à l'invasion microbienne. C'est elle que le gonocoque suivrait presque exclusivement. L'infection du péritoine pelvien débuterait ainsi au niveau du pavillon de la trompe. Rien n'empêche que des phénomènes violents éclatent dans le péritoine alors que la muqueuse tubaire, qui a été la première en contact avec l'agent pyogène, ne présente aucune lésion sérieuse. Les cas sont innombrables dans lesquels on observe ainsi une infection éloignée avec intégrité presque complète du trajet intermédiaire. Cela se voit surtout avec le gonocoque, et l'exemple de l'épididymite blennorrhagique est trop connu pour qu'il y ait besoin d'insister.

Il peut donc y avoir, et il y a envahissement du péritoine pelvien par voie muqueuse, sans participation sérieuse de cette muqueuse elle-même, plus résistante ou mieux protégée, et il n'en faut pas davantage pour comprendre le développement subit de ces pelvi-péritonites qui apparaissent brusquement sans avoir été annoncées par quelque infection des annexes.

Ces quelques détails pathogéniques me dispensent d'insister longuement sur les causes immédiates de la pelvi-péritonite. En dehors des pelvi-péritonites qui succèdent brusque-

ment à quelque rupture salpingienne et dans lesquelles les phénomènes péritonéaux passent immédiatement au premier plan, toutes les infections utérines en peuvent être l'origine. Parmi elles, les *infections puerpérales*, qu'elles suivent l'accouchement naturel ou bien l'avortement, doivent être comptées parmi les plus fréquentes, et donnent lieu aux formes les plus graves. Citons encore les interventions opératoires sur l'utérus, et en particulier le curettage, les dilatations et les cathétérismes imprudents et septiques, et enfin la blennorrhagie, dont le gonocoque provoque des pelvi-péritonites en général moins graves que les terribles accidents dus au streptocoque de l'infection puerpérale.

Anatomie pathologique — Au début, l'infection du péritoine pelvien ne se traduit guère, ainsi que l'ont bien montré les expériences de Pierre Delbet, que par un aspect dépoli de la séreuse, dû à la chute de l'épithélium, et par une vascularisation plus abondante du péritoine qui tapisse le bassin ou les anses intestinales. Il est rare de voir les lésions à ce stade précoce de leur évolution. Je les ai cependant observées dans deux cas de pelvi-péritonite suraiguë où j'ai pratiqué l'hystérectomie vaginale. Il y avait dans le petit bassin un peu de sérosité trouble, quelques fausses membranes floconneuses et peu adhérentes, et j'ai pu voir au fond du vagin l'intestin dépoli et recouvert d'arborisations vasculaires.

Mais bientôt les lésions s'aggravent. Une abondante exsudation séreuse se fait dans la cavité pelvienne et ne tarde pas à se charger de leucocytes de plus en plus abondants qui la transforment bientôt en une collection purulente plus ou moins épaisse.

Les cas dans lesquels le pus est épais, crémeux, ne sont pas les plus graves, bien au contraire. Ce sont ceux dans lesquels une violente réaction phlegmoneuse a le temps de s'organiser. Les formes suraiguës, hypertoxiques, s'accompagnent plutôt d'un épanchement peu épais, trouble et relativement pauvre en globules blancs. Cependant c'est là une règle qui souffre de nombreuses exceptions, et dans des pelvi-péritonites à marche presque foudroyante, on peut trouver en abondance un pus

épais et dont l'odeur est quelquefois très fétide, surtout lorsque l'agent de l'infection est le coli-bacille.

Le pus s'accumule ordinairement dans le cul-de-sac de Douglas, dont les parois plus ou moins épaissies sont tapissées de fausses membranes. Mais il remonte rapidement dans la cavité pelvienne, repoussant devant lui les anses intestinales ou s'insinuant entre elles, et c'est ici qu'on observe de grandes différences suivant la marche de l'infection et la virulence de ses agents.

Dans les cas suraigus, l'épanchement purulent remonte rapidement vers le grand bassin et menace d'envahir la grande cavité péritonéale avant que des fausses membranes protectrices aient eu le temps de se former sur les intestins et d'emprisonner le liquide infecté dans le petit bassin. Il n'y a, dans ces conditions, aucune limite précise à l'infection, il s'agit d'une *pelvi-péritonite diffuse* qui ne demande qu'à s'étendre, à se généraliser, et qui souvent emporte le malade avec une rapidité foudroyante. Dans les cas moins graves, la réaction péritonéale a le temps de se faire, une barrière de fausses membranes, d'abord légères, floconneuses et peu adhérentes, se dépose sur les intestins. Puis ces fausses membranes s'épaississent, se fixent solidement et finissent par isoler complètement la collection pelvienne. La pelvi-péritonite est alors *circonscrite*. Elle peut s'arrêter, elle peut même guérir spontanément.

La poche ainsi formée est presque toujours située dans le cul-de-sac de Douglas, et bien qu'il puisse y avoir des pelvi-péritonites antérieures, vésico-utérines, c'est presque toujours en arrière de l'utérus que s'amasse la collection, soit parce que c'est là que se trouve le point le plus déclive, soit plutôt, suivant l'idée de Delbet, parce que les trompes s'ouvrant normalement en arrière du ligament large, c'est par cette région que commence l'infection. Lorsque le cul-de-sac de Douglas est rempli, la collection purulente dépasse le fond de l'utérus, elle peut envahir le cul-de-sac vésico-utérin, entrer dans le grand bassin et venir, repoussant toujours devant elle le paquet intestinal isolé par une barrière néo-membraneuse, se mettre au

contact de la paroi abdominale antérieure, derrière laquelle on peut la sentir.

Avec ces épanchements énormes, les lésions salpingo-ovariennes peuvent être presque nulles, sauf dans les cas où la pelvi-péritonite n'est qu'un accident aigu venant compliquer une affection antérieure, et est consécutive, par exemple, à la rupture d'une trompe malade.

Une telle évolution ne se fait pas sans repousser, comprimer et parfois ulcérer les organes voisins. Aussi la collection purulente peut-elle s'ouvrir spontanément, soit dans le rectum, ce qui est assez commun, soit dans l'intestin, le cæcum, l'S iliaque, soit dans la vessie ou même l'utérus, ce qui est très rare, soit enfin à la peau, qu'elle ulcère au-dessus de l'arcade crurale ou quelquefois sur la ligne médiane, au-dessus du pubis, en se frayant un chemin entre les muscles droits.

C'est là un mode de guérison spontanée sur lequel on n'est d'ailleurs nullement en droit de compter, car il est malheureusement beaucoup plus fréquent de voir le pus, rompant ses barrières, inonder le péritoine et y provoquer rapidement des accidents mortels.

Il va sans dire que la pelvi-péritonite grave laisse après elle des adhérences, des cloisonnements, des brides qui peuvent s'organiser et persister indéfiniment, mais qui souvent aussi peuvent s'atrophier peu à peu et finir par disparaître, le péritoine reprenant son aspect primitif, redevenant lisse, uni et brillant, au point de faire quelquefois douter de l'atteinte qu'il a subie. Mais on sait quelle est la puissance de vie de cette grande séreuse, qui est capable de toutes les résistances et de toutes les réparations.

Symptômes. — La pelvi-péritonite franche débute brusquement. Il en est ainsi, du moins, lorsqu'elle n'est pas simplement l'extension lente d'une salpingo-ovarite déjà existante et dont les accidents se confondent avec ceux de la pelvi-péritonite au début. Mais lorsque l'infection se fait dans un péritoine encore sain, sans adhérences ni cloisonnements, dans un péritoine dont la sensibilité n'a pas été émoussée par des suppurations

antérieures, les phénomènes d'invasion sont en général subits et se traduisent par des symptômes alarmants.

C'est la *douleur* qui ouvre la scène. Elle est violente, aiguë, avec de légères accalmies coupées de paroxysmes. Ce début pourrait en imposer pour celui de l'hématocèle, mais la douleur est plus tenace et elle ne tarde pas à être suivie de phénomènes généraux qui témoignent d'une infection grave. Des frissons, légers ou violents, des nausées, des vomissements, un peu de météorisme et de ballonnement du ventre. Les signes sont à peu près identiques à ceux que l'on observe dans une péritonite au début, et rien n'est plus naturel, puisque c'est en effet d'une péritonite qu'il s'agit. Que le péritoine s'infecte dans la zone appendiculaire, gastrique, abdominale ou pelvienne, son mode de réaction est à peu près identique. Les mêmes absorptions toxiques donnent lieu aux mêmes symptômes, — il n'y a que la douleur qui varie en se localisant au point où siège le maximun des lésions.

Souvent, au début, la douleur, toujours vive, est générale et mal localisée, mais elle ne tarde pas à se circonscrire et à se fixer dans le bassin, dans la région de l'hypogastre et des fosses iliaques. La miction est très difficile, la défécation l'est plus encore, et la malade, pour diminuer autant que possible la tension de ses muscles abdominaux, reste immobile dans son lit, les cuisses légèrement fléchies. La pression sur le ventre est très douloureuse, parfois insupportable, surtout au-dessus du pubis, et rend toute exploration difficile en provoquant immédiatement la rigidité défensive des muscles abdominaux, et une véritable *contracture de la paroi*, qui a toujours une grande importance au point de vue du diagnostic des lésions péritonéales.

La *fièvre* est en général modérée. Elle dépasse rarement 39°, mais souvent, dès le début, le *pouls* est rapide, précipité, petit, comme dans toutes les infections au cours desquelles le péritoine est gravement touché.

A ce moment les *signes physiques* n'apprennent rien. Ils sont presque nuls; le toucher est très douloureux et cette douleur est à peu près le seul renseignement qu'il donne. S'il n'y

a pas de lésions antérieures de salpingo-ovarite et si l'on se trouve en présence de la pelvi-péritonite pure, avec lésions nulles ou insignifiantes des annexes, on ne sent rien. L'utérus peut être mobile, les culs-de-sac peuvent être souples, le palper bimanuel, très difficile à cause de la résistance de la paroi, ne donne rien et l'exploration reste négative. Il n'en saurait d'ailleurs être autrement, car le liquide épanché dans la cavité pelvienne étant encore libre dans le ventre fuit devant la pression du doigt. La contracture de la paroi est souvent, dans ces conditions, le seul signe physique ayant quelque valeur.

Mais cette situation ne peut se prolonger longtemps, et, suivant l'évolution de la maladie, les signes locaux ou généraux vont se modifier profondément.

Si, comme il arrive trop souvent dans les pelvi-péritonites puerpérales, ou dans celles qui sont consécutives à la rupture de quelque pyo-salpinx virulent, la réaction péritonéale ne suffit pas à arrêter l'infection et à lui opposer une épaisse barrière de fausses membranes, on voit les phénomènes généraux s'aggraver. La péritonite pelvienne gagne peu à peu vers le haut; elle diffuse et se généralise dans le grand bassin et le péritoine sous-ombilical. Les signes physiques restent les mêmes, le toucher n'indique toujours rien, mais le ventre se ballonne davantage, les vomissements augmentent, le nez se pince, les yeux s'excavent et s'entourent d'un cercle noir, le facies prend cet aspect, particulier aux infections péritonéales, qu'il est difficile de décrire, mais que connaissent bien tous ceux qui l'ont observé et auquel un œil un peu exercé ne se trompe presque jamais. Tandis que la température reste à peu près la même et quelquefois s'abaisse, le pouls devient de plus en plus fréquent, il monte à 140, 150, 160 et davantage, il devient de plus en plus faible et la malade ne tarde pas à mourir, emportée par des accidents d'infection presque foudroyante.

La pelvi-péritonite s'est transformée en une péritonite diffuse.

Cette *discordance* du pouls et de la température est un élément des plus importants dans le pronostic de l'affection. Le retour de la température à la normale, et surtout sa chute au-

dessous de 37°, et l'apparition de l'hypothermie sont les signes non pas de la disparition de l'infection, mais bien au contraire de son aggravation soudaine. C'est l'indice d'une intoxication profonde qui se traduit d'autre part par l'accélération et la petitesse du pouls, témoins de la défaillance du cœur.

Heureusement ce cas est le plus rare et, après les signes bruyants du début, les phénomènes se calment ordinairement peu à peu, la douleur diminue, les nausées et les vomissements se font plus rares, le ventre s'assouplit et s'affaisse. Mais en général, la fièvre persiste comme lorsqu'une collection purulente se forme quelque part.

Telle est, en effet, l'évolution fréquente de la pelvi-péritonite. Des fausses membranes se sont développées au niveau des anses intestinales et forment vers le haut une barrière qui arrête le pus. La collection s'enkyste, et devient alors facile à sentir par le toucher vaginal. Celui-ci permet en effet de constater qu'une tuméfaction souvent volumineuse remplit le cul-de-sac postérieur, derrière le col utérin. La saillie qu'elle forme peut empiéter également sur les culs-de-sac latéraux, et dans certains cas, dans lesquel les lésions sont très étendues et où l'on peut voir une collection purulente remplir le petit bassin tout entier, le cul-de-sac antérieur lui-même peut être comblé, si bien que l'utérus, absolument immobile, semble comme enchâssé dans une masse inflammatoire.

Ce n'est pas tout. Bien souvent la palpation bimanuelle permet de sentir dans la région hypogastrique la partie supérieure de la collection purulente qu'entoure une zone indurée. Elle peut remonter plus ou moins haut, quelquefois jusqu'au voisinage de l'ombilic, et, dans certains cas, gagner la paroi abdominale derrière laquelle on la sent, souvent très rapprochée. Quant à percevoir la fluctuation, il n'y faut pas compter. Elle est très exceptionnelle, et la collection purulente, entourée d'une couche épaisse de fausses membranes, donne bien plus souvent l'impression d'une masse solide que celle d'un épanchement purulent.

L'affection abandonnée à elle-même peut se terminer, sui-

vant les cas, d'une façon très différente. Le pus collecté peut disparaître. Ce phénomène, qui paraissait autrefois presque impossible, ne nous étonne plus aujourd'hui. Le pus devient en effet stérile, puis se résorbe peu à peu. Mais, s'il peut y avoir une guérison radicale, on voit presque toujours persister des *adhérences* épaisses qui unissent l'utérus et les annexes aux parties voisines et l'on se trouve en présence d'une *pelvi-péritonite adhésive* qui persiste à l'état chronique. L'utérus ne retrouve pas sa mobilité première. Il reste souvent en rétroversion, parfois même en rétroflexion, à la suite de l'inflammation et de la rétraction de sa paroi postérieure; il peut y avoir des brides, des coudures intestinales donnant lieu à des phénomènes d'occlusion passagère ou même permanente; il y a presque toujours des troubles utérins, de la dysménorrhée, des métrorrhagies, des accidents vésicaux; il y a enfin et surtout des douleurs qui siègent un peu partout, dans les reins, les cuisses et le bas-ventre, qui ressemblent à toutes les douleurs utérines, peuvent s'apaiser pour se réveiller à la suite de fatigues, de marches, de travaux, à l'occasion des règles, ou même sans cause apparente et qui font de ces femmes de véritables infirmes, et des infirmes difficiles à guérir et même à soulager.

Quelquefois la collection liquide, sans disparaître complètement, peut *s'enkyster*. Enveloppée d'épaisses fausses membranes qui lui forment une coque solide, elle persiste indéfiniment. Le liquide, de purulent qu'il était, peut devenir séreux, et la tuméfaction ainsi formée peut souvent, par l'adjonction de nouvelles couches néo-membraneuses, donner l'impression d'une véritable tumeur solide qui pourra prêter à toutes les confusions.

Mais il est plus commun de voir la suppuration qui s'est établie évoluer comme presque toutes les suppurations. Si on ne lui donne pas issue, elle tend elle-même à s'ouvrir quelque part. L'*ouverture spontanée* dans le rectum est la plus fréquente. Les rapports de la collection avec le cul-de-sac de Douglas expliquent qu'il en soit ainsi. La malade évacue tout à coup par l'anus une certaine quantité de pus. Elle est immédiatement soulagée, et elle peut guérir complètement après

cette évacuation naturelle. Il en est de même après une ouverture dans le vagin, dans l'S iliaque, ou dans l'intestin grêle.

Quelquefois cependant, loin d'amener la guérison, ces ouvertures dans des cavités infestées de microbes pyogènes provoquent l'inoculation de la poche et déterminent des suppurations nouvelles, des fistules purulentes ou pyo-stercorales parfois intarissables qui entretiennent la suppuration, la fièvre, et finissent souvent par provoquer des accidents mortels.

L'ouverture à la peau, qui est assez rare, se termine en général par la guérison, parce qu'il est facile de drainer la cavité et de surveiller son évacuation régulière. Malheureusement le pus qui cherche sa voie ne trouve pas toujours devant lui un organe tolérant prêt à le recevoir. Il peut rompre ses barrières au niveau du péritoine, inonder la séreuse et provoquer immédiatement une péritonite diffuse.

Enfin le pus qui ne se résorbe pas, qui ne s'évacue pas spontanément ou qu'on n'évacue pas par une opération, peut persister indéfiniment. Mais alors les accidents de septicémie chronique qu'il détermine, la fièvre, l'inappétence, les douleurs, l'insomnie, amènent une cachexie progressive qui finit par emporter les malades.

Telle est l'évolution la plus commune de ces pelvi-péritonites, qui constituent en somme une affection sujette à des complications redoutables et d'un *pronostic* très sérieux.

Diagnostic. — La pelvi-péritonite franche à début bruyant peut ressembler beaucoup à une *hématocèle*. Celle-ci aussi a un début bruyant, parfois même tragique, mais il n'y a, dans la rupture d'un kyste fœtal, que des phénomènes de douleur et des phénomènes d'hémorragie. Il n'y a pas de phénomènes d'infection.

Cependant, au début, le diagnostic peut être très difficile. Dans l'hématocèle, comme dans la pelvi-péritonite, la douleur est violente, il y a des phénomènes de réaction péritonéale: vomissements, ballonnement du ventre, petitesse du pouls, aggravation souvent rapide due à la persistance de

l'hémorragie. Mais il n'y a pas de fièvre, alors que celle-ci est presque constante dans la pelvi-péritonite. Il faut cependant savoir que certaines infections péritonéales à forme hypertoxique peuvent ne s'accompagner d'aucune élévation thermique, et que, d'autre part, certaines inondations péritonéales provoquent, peut-être à la suite d'une abondante résorption sanguine, une augmentation de température parfois assez marquée. Les phénomènes antérieurs, écoulement blennorrhagique, accouchement ou avortement récent, manœuvres ou opérations intra-utérines, salpingite antérieure dont on peut soupçonner la rupture, sont autant de raisons qui doivent faire incliner vers la pelvi-péritonite. L'absence des règles précédentes, la possibilité d'une grossesse extra-utérine, les signes d'hémorragie interne pourront faire penser à une hématocèle. Quant à la tumeur du cul-de-sac postérieur, elle peut, au début, n'exister ni dans l'un ni dans l'autre cas, parce qu'il n'y a pas encore d'enkystement. Cependant, lorsqu'elle apparaît d'une façon très précoce, elle doit faire songer plutôt à une hématocèle parce que les caillots qui s'amassent dans le cul-de-sac de Douglas peuvent donner au doigt une sensation de résistance, que ne lui offrent ni la sérosité ni le pus non enkysté de la pelvi-péritonite naissante.

Mais ce sont là des signes un peu théoriques et en clinique on pourra s'y tromper, aussi bien au début qu'au bout de quelques jours. Les signes physiques sont à peu près identiques, et c'est surtout dans les circonstances accessoires qui pourront faire penser soit à une hématocèle, soit à une infection, qu'on trouvera les éléments principaux de son diagnostic.

Quand on observe la malade dès le début de l'affection, lorsque les phénomènes infectieux ne sont pas douteux et qu'on ne sent aucune tumeur, ni aucune collection péri-utérine, le diagnostic est assez simple. Il n'y a en effet que la pelvi-péritonite qui puisse provoquer ces phénomènes sans donner lieu à quelque induration ou à quelque collection sensible. Car tant que le péritoine pelvien n'est pas fermé par des adhérences, tant que l'épanchement est libre, il est impossible de le sentir.

D'anciennes pelvi-péritonites enkystées pourront être confondues, malgré les antécédents et les interrogatoires les plus minutieux, avec toutes les *tumeurs utérines et péri-utérines*, et en particulier avec des *fibromes*. L'exploration de la cavité utérine et la sensibilité de la tumeur donneront sur ce point des renseignements précieux, car dans les fibromes la cavité utérine est en général agrandie et l'utérus reste indolore, tandis que la masse inflammatoire reste toujours sensible et que, l'utérus étant normal, sa cavité garde ses dimensions.

Enfin il sera souvent difficile de distinguer la pelvi-péritonite de toutes les *salpingites* qui peuvent revêtir les mêmes apparences et évoluer d'une façon identique. La constatation de tumeurs isolées, situées près de la corne utérine, ou accolées à l'utérus avec un sillon de séparation, l'unilatéralité fréquente des lésions salpingiennes seront autant de signes importants.

Mais bien souvent les salpingites se compliquent d'un certain degré d'infection du péritoine pelvien. Il y a alors association de la salpingo-ovarite et de la pelvi-péritonite. Il en est ainsi presque toujours dans ces lésions chroniques où l'utérus, absolument fixé, est enchâssé de toutes parts dans un bloc immobile qui remplit le bassin. Dans ces conditions, il ne faut pas songer à faire un diagnostic impossible et qui d'ailleurs, le traitement étant le même, reste sans intérêt pratique.

L'*appendicite* à marche suraiguë peut être confondue avec la pelvi-péritonite : même début brusque, mêmes phénomènes péritonéaux graves, même état du pouls et de la température. La douleur localisée au niveau de l'appendice a la plus grande importance, mais certaines salpingites un peu haut placées, qui se rompent et donnent lieu à une pelvi-péritonite peuvent provoquer une douleur au-dessus de l'arcade crurale, bien près de l'appendice. L'examen génital permettra seul d'éviter cette confusion, et il doit être fait chez toutes femmes soupçonnées d'appendicite aiguë. Encore y a-t-il ici une cause d'erreur qui peut devenir grave, mais qu'il est bien difficile d'éviter, c'est la coexistence d'une appendicite et de suppura-

tions annexielles. Le fait n'est pas très rare et j'en ai, pour ma part, observé trois cas. Dans ces conditions on est toujours tenté de rapporter à quelque complication salpingienne les accidents aigus en présence desquels on se trouve, et l'erreur pourra être fatale, les accidents tubaires ayant déterminé une pelvi-péritonite suraiguë devant être traités par l'hystérectomie vaginale, qui laisse forcément l'appendicite méconnue. Dans le doute peut-être vaudrait-il mieux aller d'abord sur l'appendice. Mais ces cas sont précisément presque toujours ceux dans lesquels on ne doute pas, tant la netteté des lésions annexielles semble rendre le diagnostic clair!

En somme la pelvi-péritonite peut ressembler à presque toutes les affections pelviennes, mais elle leur ressemble d'autant plus qu'elle est plus loin de son début.

C'est donc, en général, au moment où elle se développe qu'elle est le plus facile à reconnaître; les douleurs violentes, les signes de réaction péritonéale, contracture de la paroi, vomissements, fréquence et petitesse du pouls, ballonnement du ventre, l'absence fréquente de signes physiques péri-utérins, sont des symptômes de grande valeur. Et cela est heureux, car il importe de faire au plus tôt le diagnostic de l'infection aiguë du péritoine pelvien, parce que, dans les cas graves, c'est à un diagnostic précoce et à un traitement immédiat qu'on devra parfois de sauver des malades qu'une hésitation de quelques heures peut perdre irrémédiablement.

Je reviendrai sur la discussion de la conduite à tenir en étudiant le traitement des suppurations pelviennes en général.

B. — Phlegmons et abcès pelviens

Comme les trompes et les ovaires, comme le péritoine pelvien, le tissu cellulaire péri-utérin, envahi par les agents microbiens, peut être le siège de suppurations circonscrites ou diffuses. La situation et la marche de ces inflammations cellulaires sont commandées par la disposition des espaces celluleux eux-mêmes. Je ne crois pas qu'il soit possible de trou-

eux. Ces suppurations sont donc toujours consécutives à quelque infection voisine, et en particulier à une infection de la muqueuse utérine.

Les accidents d'infection puerpérale qui suivent l'avortement ou l'accouchement naturel sont de beaucoup la cause la plus commune des phlegmons pelviens. Mais toutes les lésions utérines qui servent de porte d'entrée à un agent infectieux peuvent également leur donner naissance. C'est ainsi que les traumatismes de toute nature, opératoires ou accidentels, les lésions et les inflammations du vagin et même, bien que beaucoup plus rarement, des organes génitaux externes, grandes lèvres et périnée, peuvent s'accompagner de suppuration des loges celluleuses. De même les ulcérations du col, les infections tubaires et ovariennes, toutes les lésions enfin qui peuvent être le point de départ d'une inoculation septique. Certaines maladies générales, la variole, la fièvre typhoïde, peuvent provoquer des abcès dans cette région comme ils en provoquent partout ailleurs, mais le fait est beaucoup plus difficile à démontrer, car il est à peu près impossible de faire la part entre ce qui appartient à l'infection générale et ce qui peut appartenir à quelqu'une de ces infections locales si fréquentes dans cette région. L'analyse bactériologique seule pourra fixer la vérité sur ce point, mais les observations nettes manquent encore.

Quoi qu'il en soit, si toutes les affections génitales qui s'accompagnent à un degré quelconque de lésions microbiennes peuvent donner naissance aux phlegmons et aux abcès pelviens, c'est l'*infection puerpérale* qui en cause le plus grand nombre.

Cela se comprend d'ailleurs fort bien et l'on sait, surtout depuis les travaux de Widal, avec quelle facilité le streptocoque traverse la muqueuse utérine et envahit les lymphatiques.

C'est qu'en effet ce sont les *lymphatiques* qui constituent la voie ordinaire de l'infection péri-utérine. Les vaisseaux nés sous la muqueuse du fond de l'utérus vont passer dans la partie supérieure du ligament large, pour gagner de là les

ver de cette question une étude plus précise, plus complète, et plus consciencieuse que celle qu'en a fait Pierre Delbet, étude dont je ne veux ici que donner les grandes lignes et à laquelle je ne puis mieux faire que de renvoyer le lecteur[1].

Les espaces celluleux péri-utérins s'étendent le long des vaisseaux qui se rendent à l'utérus et auxquels ils constituent une gaine plus ou moins lâche. Or ces vaisseaux sont au nombre de deux de chaque côté, l'artère utéro-ovarienne qui occupe la partie supérieure du ligament large, et l'artère utérine qui en occupe au contraire la partie inférieure. De ces vaisseaux, de l'utérine surtout, partent un certain nombre de branches qui se rendent dans les organes voisins et sont accompagnées, elles aussi, d'espaces celluleux qui prolongent la gaine de l'utérine. Celle-ci, à son tour, se continue directement avec la gaine hypogastrique, qui envoie elle-même des prolongements dans diverses directions et communique avec la plupart des espaces celluleux de la cavité pelvienne, dans lesquels rampent des branches de l'artère hypogastrique.

L'inflammation du tissu cellulaire qui accompagne l'utérine et ses branches est de beaucoup la plus fréquente. C'est le *phlegmon de la gaine hypogastrique* de Delbet. Il est situé à la base du ligament large, au-dessus du releveur de l'anus, d'où il peut s'étendre en divers sens en constituant la *cellulite pelvienne diffuse*. C'est à cette forme, de beaucoup la plus fréquente, qu'on donnait autrefois le nom de plegmon du ligament large. Il vaut mieux, à l'exemple de Delbet, réserver ce nom aux suppurations qui sont nettement contenues dans ce ligament, et qui siègent vers sa partie supérieure. Le *phlegmon du ligament large* est donc celui qui se développe au-dessous de la trompe et de l'ovaire, dans la nappe celluleuse qui accompagne l'artère utéro-ovarienne.

Étiologie et pathogénie. — Pour qu'une suppuration se développe dans les espaces celluleux du petit bassin, il faut qu'un agent infectieux quelconque ait pu pénétrer jusqu'à

[1] Pierre Delbet. Suppurations pelviennes, p. 152 et suivantes.

eux. Ces suppurations sont donc toujours consécutives à quelque infection voisine, et en particulier à une infection de la muqueuse utérine.

Les accidents d'infection puerpérale qui suivent l'avortement ou l'accouchement naturel sont de beaucoup la cause la plus commune des phlegmons pelviens. Mais toutes les lésions utérines qui servent de porte d'entrée à un agent infectieux peuvent également leur donner naissance. C'est ainsi que les traumatismes de toute nature, opératoires ou accidentels, les lésions et les inflammations du vagin et même, bien que beaucoup plus rarement, des organes génitaux externes, grandes lèvres et périnée, peuvent s'accompagner de suppuration des loges celluleuses. De même les ulcérations du col, les infections tubaires et ovariennes, toutes les lésions enfin qui peuvent être le point de départ d'une inoculation septique. Certaines maladies générales, la variole, la fièvre typhoïde, peuvent provoquer des abcès dans cette région comme ils en provoquent partout ailleurs, mais le fait est beaucoup plus difficile à démontrer, car il est à peu près impossible de faire la part entre ce qui appartient à l'infection générale et ce qui peut appartenir à quelqu'une de ces infections locales si fréquentes dans cette région. L'analyse bactériologique seule pourra fixer la vérité sur ce point, mais les observations nettes manquent encore.

Quoi qu'il en soit, si toutes les affections génitales qui s'accompagnent à un degré quelconque de lésions microbiennes peuvent donner naissance aux phlegmons et aux abcès pelviens, c'est l'*infection puerpérale* qui en cause le plus grand nombre.

Cela se comprend d'ailleurs fort bien et l'on sait, surtout depuis les travaux de Widal, avec quelle facilité le streptocoque traverse la muqueuse utérine et envahit les lymphatiques.

C'est qu'en effet ce sont les *lymphatiques* qui constituent la voie ordinaire de l'infection péri-utérine. Les vaisseaux nés sous la muqueuse du fond de l'utérus vont passer dans la partie supérieure du ligament large, pour gagner de là les

ganglions lombaires ; ceux qui sont nés au niveau du col, du tiers inférieur de l'utérus et du tiers supérieur du vagin vont au contraire, en traversant la base du ligament large, gagner les ganglions situés de chaque côté du petit bassin, au niveau de l'artère hypogastrique et de la bifurcation de l'iliaque primitive (voy. fig. 8, p. 11).

Lorsque ces vaisseaux seront envahis par les microbes puisés au niveau de la muqueuse infectée, ils donneront lieu, sur tout leur parcours, à des phénomènes de lymphangite. Au niveau des ganglions dans lesquels sont conduits les agents microbiens, pourront également se développer des adénites plus ou moins intenses qui entraîneront à leur tour des accidents de péri-adénite et des adéno-phlegmons. Comme les infections utérines sont beaucoup plus fréquentes au niveau du col que vers le fond de l'organe, il est tout naturel que les phénomènes de lymphangite se montrent surtout dans la base du ligament large.

Ce rôle des lymphatiques a été particulièrement mis en lumière par Championnière et aussi par Alphonse Guérin ; ce dernier pensait que tous les phlegmons du ligament large étaient des adéno-phlegmons juxta-pubiens. Il avait observé un cas des plus nets dans lequel la suppuration s'était développée dans un ganglion situé près du trou obturateur, et par une généralisation excessive il voulait qu'il en fût toujours ainsi. Rien n'est plus faux, et cet adéno-phlegmon juxta-pubien est au contraire exceptionnel. Il n'y a dans la région péri-utérine aucune règle particulière qui préside au développement des infections lymphatiques, et l'on voit se développer des phénomènes d'inflammation et de suppuration partout où se trouvent des vaisseaux blancs pour charrier des microbes et des ganglions pour les recevoir. Bien plus, quand une inoculation microbienne se sera faite sur un point quelconque du trajet des lymphatiques utérins, comme elle se fait dans les abcès lymphangitiques sur un point quelconque de l'avant-bras ou du bras dans les plaies infectées de la main, on pourra voir l'infection

[1] Lucas Championnière. *Th. Paris*, 1870.

et la suppuration s'étendre alors dans toutes les directions en se répandant de proche en proche dans les mailles du tissu cellulaire ouvertes avant elles.

Le rôle des *veines* dans la production des suppurations cellulaires, qu'on croyait autrefois prépondérant, est certainement exceptionnel. Peut-être dans les grandes infections puerpérales à marche rapide, à suppuration diffuse, la phlébite joue-t-elle un rôle, et dans ces conditions il n'est pas étonnant qu'on ait pu croire pendant longtemps que ce rôle était capital, puisque, en somme, l'anatomie pathologique des phlegmons et des abcès pelviens n'était guère connue que par l'étude des suppurations diffuses et mortelles qui font suite à l'infection puerpérale. C'est pourquoi BERNUTZ, HERVIEUX et beaucoup d'autres croyaient à l'infection par les veines. Aujourd'hui, il est universellement admis que ce sont les lymphatiques qui jouent, et de beaucoup, le rôle principal.

Le microbe coupable est presque toujours le *streptocoque*. Lui seul traverse facilement la muqueuse utérine. Les infections par le *gonocoque* sont rares, malgré la grande part que prend cet agent aux inflammations de la muqueuse utérine. Les altérations qu'il provoque sont superficielles; il n'a guère d'action que sur la couche épithéliale de la muqueuse et ne pénètre pas dans la profondeur. Mais les lésions qu'il produit sur la muqueuse rendent beaucoup plus facile l'infection de celle-ci par les agents pyogènes ordinaires et le gonocoque agit surtout, par conséquent, en provoquant des inoculations secondaires.

Celles-ci seraient presque toujours dues, et CORNIL et WIDAL insistent beaucoup sur ce point, au streptocoque seul, les autres agents pyogènes étant pour ainsi dire incapables de traverser la paroi utérine.

Il est cependant probable que le *staphylocoque* et le *bactérium coli* doivent être incriminés dans un certain nombre de cas.

Quant aux suppurations d'origine *tuberculeuse*, aux *abcès froids*, il n'y en a pas d'observation bien probante. Je pense cependant avec DELBET qu'il n'y aucune raison de les rejeter. On sait combien facilement la tuberculose se propage par voie

lymphatique, et la tuberculose génitale n'est pas si rare qu'on ait le droit de nier sa propagation possible aux lymphatiques péri-utérins et au tissu cellulaire dans lequel ils sont plongés.

Les phlegmons et les abcès dus à quelque infection spécifique, au cours d'une *maladie générale*, peuvent sans doute exister en ce point comme partout ailleurs. Il n'y en a pas d'exemple probant, et tant qu'une analyse bactériologique ne les aura pas démontrés, on sera toujours en droit de soupçonner une inoculation banale coïncidant avec une infection générale.

Anatomie pathologique. — Le siège des phlegmons pelviens a été parfaitement étudié par Pierre DELBET dans le remarquable travail dont j'ai déjà bien souvent parlé. Paul PETIT lui consacre aussi un chapitre important au point de vue anatomique, et le rôle des diverses cloisons et nappes celluleuses du bassin y est particulièrement bien étudié [1].

Les phlegmons de la gaine hypogastrique se développent dans la base du ligament large, au point où vient s'épanouir l'artère utérine en un bouquet de branches nombreuses noyées dans un tissu cellulaire abondant qui les accompagne vers les divers organes auxquels elles se rendent.

Il y a en ce point un assez vaste espace celluleux, coupé de vaisseaux artériels, encombré de plexus veineux et traversé de filets nerveux insignifiants. Cet espace est limité en dedans par le col utérin et la paroi latérale du vagin, — en dehors par la paroi pelvienne et la partie la plus élevée du releveur de l'anus, — en avant par la lame antérieure de la gaine hypogastrique que double le péritoine et qui se porte de la paroi pelvienne à la face antérieure du vagin, — en arrière par le feuillet postérieur de la même gaine hypogastrique, doublé lui aussi par le péritoine et qui, de la paroi pelvienne, gagne la face postérieure du vagin.

En bas, la trame celluleuse de la gaine hypogastrique constitue un espace angulaire à sommet inférieur limité par le releveur de l'anus et la paroi latérale du vagin, qui se portent

[1] Paul PETIT, *Anat. Gynéc.*, p. 139.

l'un vers l'autre ; en haut, vers la partie supérieure du ligament large le tissu cellulaire se raréfie de plus en plus au point que dans l'aileron de la trompe et de l'ovaire, les deux feuillets péritonéaux se touchent presque par leur face profonde, mais

Fig. 54.

Coupe transversale du bassin. Vue antérieure (demi-schématique).

Le feuillet péritonéal qui recouvre la partie antérieure du ligament large gauche a été enlevé. On voit ainsi l'espace celluleux dans lequel se développent les phlegmons pelviens. — AU, art. utérine. — Ur, uretère. — LR, ligament rond. — LL, ligament large. — FSO, fossette sous-ovarienne. — O, ovaire. — T, trompe. — IE, iliaque externe. — V, vagin. — R, ext. inf. du rectum. — PS, psoas.

un mince feuillet celluleux sépare cet espace presque dépourvu de tissu cellulaire de la trame beaucoup plus épaisse qui constitue, vers la base du ligament large, la zone utérine de la gaine hypogastrique. L'uretère occupe la partie externe et antérieure de cet espace celluleux. Mais celui-ci n'a point de limites précises et il se prolonge en différents points le long des vaisseaux qui y pénètrent ou qui en sortent pour se porter dans plusieurs directions. En arrière et en haut,

cette gaine utérine se continue directement avec la gaine hypogastrique dont les nombreux prolongements correspondent

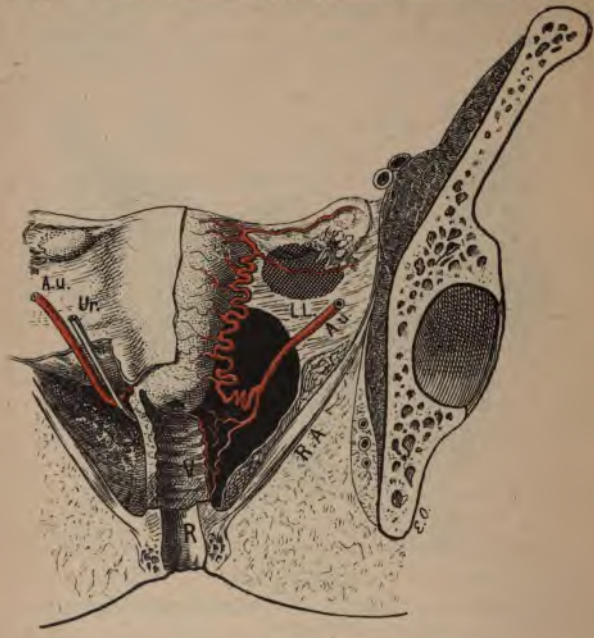


Fig. 55.

Coupe transversale du bassin, vue postérieure (demi-schématique).

A droite la partie noire représente le siège du phlegmon de la gaine hypogastrique. — Au-dessus, sous la trompe et l'ovaire, la partie ombrée représente le siège du phlegmon du ligament large proprement dit.

au large bouquet artériel qui naît de l'artère iliaque interne (fig. 54, 55).

C'est dans cet espace celluleux para-cervical, qui est situé immédiatement contre le cul-de-sac latéral du vagin, en empiétant un peu sur le cul-de-sac postérieur, que se développent les phlegmons pelviens. Mais l'inflammation et la suppuration qui

y prennent naissance peuvent, en suivant les mailles du tissu cellulaire, se porter le long des vaisseaux dans diverses directions qu'il est très utile de connaître, parce qu'il faut les chercher et qu'on peut les trouver à l'examen clinique.

C'est ainsi qu'il y a, le long des artères qui vont à la vessie et

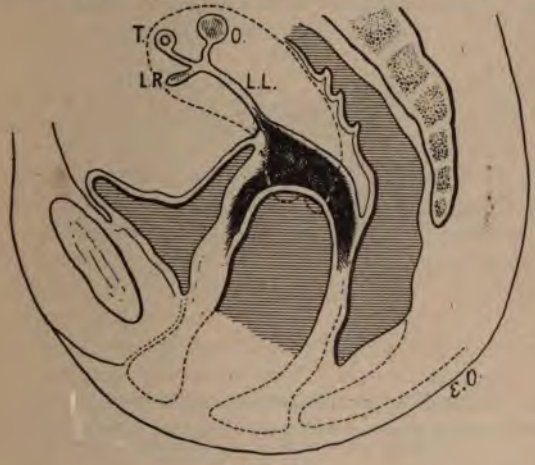


Fig. 56.

Coupe antéro-postérieure du bassin le long du bord droit de l'utérus (demi-schématique).

Phlegmon de la gaine hypogastrique développé sous la base du ligament large, sur la partie latérale du dôme vaginal.

au vagin, un *prolongement vésical* antérieur en rapport avec la cloison vésico-utérine, et un *prolongement vaginal*, situé un peu plus bas. Ces deux prolongements peuvent d'ailleurs se confondre. En arrière la suppuration se porte vers le sacrum, en passant sur les parties latérales du rectum où se trouve un *prolongement rectal* (fig. 57).

Lorsqu'elle se développe dans la gaine hypogastrique et qu'elle remonte plus ou moins haut, l'inflammation peut gagner encore du terrain et s'étendre dans diverses autres directions en suivant le chemin ouvert par les vaisseaux.

C'est ainsi que le pus peut envahir la *fosse iliaque*, et, longeant les vaisseaux, passer sous l'arcade crurale pour arriver jusque dans le triangle de Scarpa. C'est le *prolongement crural antérieur*. Un *prolongement crural interne* peut se faire le long de l'artère obturatrice, par le trou obturateur.

En arrière, en dehors et en bas se trouve l'échancrure sciati-

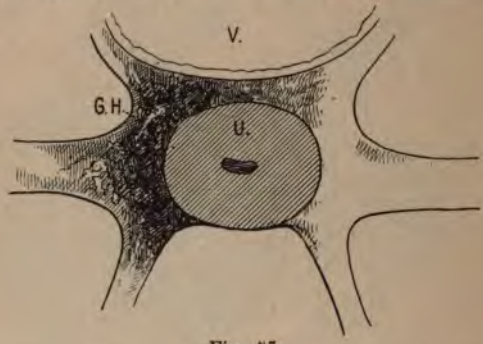


Fig. 57.

Coupe horizontale passant au niveau du col utérin (schématique).

Phlegmon développé dans la gaine hypogastrique gauche, et s'étendant vers la vessie, vers le rectum, et dans la base du ligament large.

que dans laquelle peut s'engager, avec les vaisseaux correspondants, un *prolongement fessier*.

Lorsque le pus arrive au niveau du trou obturateur ou s'y développe primitivement, comme le voulait Alphonse Guérin, et comme cela peut se faire quand il y a des ganglions à ce niveau, il peut se porter plus en dedans le long de la paroi postérieure du pubis et envahir la *loge prévésicale*, où se trouve une large zone favorable à son développement. La suppuration peut alors remonter plus ou moins haut derrière la paroi abdominale, en y formant un plastron résistant, et on a vu certaines collections remonter jusqu'à l'ombilic. Il peut enfin passer de l'autre côté de la ligne médiane et gagner même la fosse iliaque du côté opposé. Mais il est plus fréquent de le voir filer en dehors vers l'arcade de Fallope, derrière laquelle il remonte.

en décollant le péritoine en arrière jusque vers l'épine iliaque.

Enfin dans quelques cas, d'ailleurs rares, le pus, rompant ses barrières naturelles, peut traverser le diaphragme pelvien, le muscle releveur de l'anus et envahir la *fosse ischio-rectale* où se développe un phlegmon accessible en dehors du pli interfessier, et donnant lieu, lorsqu'il s'ouvre spontanément, à une fistule de l'espace pelvi-rectal supérieur.

Le *phlegmon du ligament large* est beaucoup plus rare, et beaucoup moins important. Mais il faut ici se garder de commettre une confusion. Autrefois la plupart des auteurs désignaient ainsi le phelgmon que je viens de décrire, celui qui est situé dans la gaine hypogastrique, *sous* le ligament large. Le phlegmon dont il est maintenant question est situé *dans* le ligament large, entre ses deux feuillets, à sa partie supérieure, par conséquent, sur le trajet des lymphatiques et des vaisseaux utéro-ovariens (fig. 55).

En dedans, il est limité par le bord de l'utérus au niveau de ses deux tiers supérieurs ; en dehors, par la paroi pelvienne ; en bas, il répond au feuillet celluleux qui recouvre la gaine hypogastrique et qui ferme la base du ligament large ; en haut, aux ailerons de la trompe et de l'ovaire qu'il dédouble plus ou moins largement. En avant et en arrière, se trouvent les feuillets péritonéaux antérieur et postérieur du même ligament, qui s'écartent l'un de l'autre d'autant plus que l'abcès est plus volumineux.

Lorsque ce phlegmon se développe, il s'insinue dans les espaces celluleux qui se laissent infiltrer, il les décolle plus ou moins et se prolonge en diverses directions. Remontant le long des vaisseaux utéro-ovariens et du ligament supérieur de l'ovaire, la suppuration envahit la fosse iliaque par sa partie postérieure. De là elle peut remonter sous le péritoine vers la région lombaire jusqu'au rein et même jusqu'au diaphragme. Elle peut, au contraire, descendre vers l'arcade de Fallope qu'elle aborde en général vers sa partie externe, en venant au contact de la paroi abdominale.

Dans quelques cas exceptionnels, le pus, suivant le ligament

rond et l'aileron antérieur du ligament large, gagne la partie moyenne de la fosse iliaque et s'insinue dans le canal inguinal en formant une tumeur à son orifice externe. Cette migration se fait sans aucun doute par l'intermédiaire des lymphatiques et non pas par suite d'un simple décollement mécanique.

Ces phlegmons du ligament large sont donc haut situés. Ils restent éloignés du cul-de-sac vaginal de 15 à 20 millimètres. Entre le phlegmon et le cul-de-sac se trouve précisément la gaine hypogastrique dont le feuillet aponévrotique supérieur, suffit à arrêter le pus. Il y a donc sous ce rapport entre le phlegmon du ligament large et le phlegmon de la gaine hypogastrique une différence capitale, le premier étant toujours éloigné du vagin, tandis que le second est intimement accolé à son cul-de-sac latéral.

Enfin, bien que Delbet, au travail duquel j'emprunte la plupart de ces détails, n'en fasse point mention, il est probable que les phlegmons du ligament large et ceux de la gaine hypogastrique peuvent parfois communiquer ensemble en suivant la gaine celluleuse de l'utérine qui remonte le long de l'utérus pour venir s'anastomoser avec l'utéro-ovarienne. Il y a évidemment en ce point des communications celluleuses entre les deux foyers où se développent les phlegmons; il y a par conséquent entre eux des communications lymphatiques, et le pus doit pouvoir passer de l'un à l'autre.

Telle est la disposition des phlegmons et des abcès pelviens.

Je n'insiste pas sur l'aspect et la nature de la suppuration qui les remplit. Il y a sous ce rapport toutes les variétés possibles.

Au début, comme dans toutes les infections, il s'agit d'une simple infiltration séreuse avec extravasation plus ou moins considérable de leucocytes, puis les lésions s'accentuent, le pus se développe, s'infiltre et s'étend de plus en plus, ou, au contraire, se collecte et se circonscrit suivant l'intensité et la virulence de l'infection.

On trouve donc, suivant l'époque à laquelle on l'examine, tous les degrés de l'inflammation : infiltration séreuse plus ou moins chargée de globules blancs; pus infiltré ou collecté;

infiltration diffuse enfin, pouvant s'accompagner de lésions extrêmement graves, de sphacèle et de mortification cellulaires, comme dans toutes les infections toxiques. Il s'agit, dans ce cas, d'une véritable *cellulite pelvienne diffuse*, avec extension au tissu cellulaire sous-péritonéal tout entier et prolongements dans tous les sens et dans toutes les directions. Ces cellulites pelviennes diffuses ne se voient guère que dans les infections puerpérales graves, et elles tuent presque toujours sans que le pus ait eu le temps de se constituer en grande abondance, comme dans les septicémies toxiques et foudroyantes.

Symptômes. — Évolution. — Diagnostic. — Les phlegmons et abcès pelviens ne diffèrent en rien, dans leur mode de début, des autres infections cellulaires et ce sont la douleur et la fièvre qui, les premières, font leur apparition. En général ces premiers phénomènes suivent de près l'infection originelle et c'est dans les premiers jours qui suivent l'accouchement, lorsqu'il s'agit d'accidents puerpéraux, qu'on voit se développer le phlegmon. Il n'y a évidemment, sous ce rapport, aucune règle absolue, mais il semble que, dans les diverses suppurations péri-utérines, le développement des salpingites soit plus tardif et plus lent que celui des phlegmons pelviens, peut-être parce que l'infection chemine plus lentement par la voie muqueuse que par la voie lymphatique.

Quoi qu'il en soit, la *douleur* et la *fièvre* marquent le début du phlegmon. Ces deux phénomènes n'ont d'ailleurs rien de caractéristique. La douleur est souvent violente : elle siège dans le bas-ventre, et plus particulièrement dans un côté, avec des irradiations diverses vers les lombes, les cuisses ou le périnée, comme toutes les douleurs utérines ou péri-utérines. Souvent la cuisse est en demi-flexion, la malade adoptant instinctivement la position qui lui cause la moindre douleur.

Cette douleur, lancinante comme la plupart des douleurs qui accompagnent la formation de foyers inflammatoires, peut s'atténuer ou s'aggraver tour à tour, mais elle est constante et se prolonge pendant toute la durée de l'évolution du phlegmon. Les mouvements et surtout la pression directe l'exaspèrent et

l'examen est en général très pénible. La miction et surtout la défécation peuvent en être rendues très difficiles.

La fièvre, en général modérée dans les deux ou trois premiers jours, atteint rapidement 39°, mais dépasse rarement 40°. Les phénomènes généraux, inappétence, état saburral, abattement, ne diffèrent en rien de ce qu'ils sont dans toutes les infections : il y a parfois des nausées, et même des vomissements, mais ils sont peu abondants et ne présentent ni la fréquence ni l'intensité de ceux que l'on rencontre dans la pelvi-péritonite et, en général, dans toutes les affections où le péritoine est directement intéressé. De même le pouls, assez rapide, correspond à la température, il est plein, bien frappé et ne présente que dans les formes très graves les défaillances que l'on rencontre dans les infections suraiguës. La figure est animée, plus ou moins colorée, elle exprime souvent la douleur, mais ne présente pas cet aspect défait et ce masque de mort qu'un œil un peu exercé reconnaît immédiatement dans les péritonites toxiques.

Ces phénomènes généraux, dont l'intensité s'accroît ou s'atténue suivant l'évolution des lésions inflammatoires, ne donnent en somme que des indications fort vagues sur la nature, l'étendue et la situation des lésions péri-utérines. C'est ici, comme dans toutes les affections pelviennes, l'examen direct qui seul pourra fournir des renseignements précis et deux minutes de toucher vaginal valent mieux que les recherches les plus minutieuses et les interrogatoires les mieux conduits.

Le toucher doit être fait avec beaucoup de douceur, car il est en général douloureux, et nous savons que les malades qui souffrent se raidissent, contractent leur paroi abdominale et rendent toute exploration sérieuse impossible. La palpation bimanuelle doit être faite avec beaucoup de soin, mais elle ne donne en général que des renseignemements de peu d'importance, du moins dans les circonstances ordinaires. Les lésions inflammatoires, collectées ou non, sont en effet presque toujours bas situées, inaccessibles à la main qui déprime la paroi, surtout lorsque celle-ci se défend, comme dans les suppurations aiguës

péri-utérines, et c'est la main vaginale qui donne les indications les plus précises.

Le signe capital, c'est l'*empâtement* des culs-de-sac vaginaux. Dans le cas le plus commun, celui du phlegmon de la gaine hypogastrique, l'empâtement siège dans le cul-de-sac latéral correspondant. Le cul-de-sac est effacé, parfois même convexe, ce qui est rare au début et ne se rencontre guère que lorsqu'une collection purulente s'est déjà formée ; il manque complètement de souplesse, il est induré, parfois de consistance molle et pâteuse. On sent en un mot qu'il y a, immédiatement au-dessus de la paroi vaginale, une zone de tissus enflammés. La sensation n'est pas du tout la même que celle qu'on a dans les salpingites, où la tumeur plus ou moins indurée que l'on sent dans le cul-de-sac est située à une certaine distance de la paroi vaginale qui, sauf dans les cas d'inflammation cellulaire concomitante, garde sa souplesse normale. On sent qu'entre la poche salpingienne et la paroi vaginale il y a une certaine épaisseur de tissus sains. Dans le phlegmon de la gaine hypogastrique on sent au contraire que le gâteau inflammatoire est immédiatement contigu à la paroi vaginale qu'il peut même intéresser directement.

Il est une autre sensation de première importance que donne encore le toucher. La masse inflammatoire et indurée qui recouvre le dôme vaginal s'étend vers le col utérin, dont rien ne la sépare, et s'applique directement à lui. Elle fait corps avec la portion de l'utérus située à son niveau. Il n'y a entre elle et l'utérus aucune limite, aucun sillon, comme on en rencontre dans les salpingites, et il n'en saurait être autrement puisque la partie latérale du col utérin baigne pour ainsi dire dans le tissu cellulaire enflammé.

La zone inflammatoire reste rarement limitée au cul-de-sac latéral. Elle se prolonge plus ou moins loin en suivant les gaines celluleuses des vaisseaux, et il est certains de ces prolongements que peuvent assez facilement sentir les doigts qui explorent le vagin ; très souvent l'induration s'étend vers le cul-de-sac antérieur, entre le vagin et la vessie, en formant en ce point une sorte de croissant qui renferme le col dans sa concavité.

En arrière il n'en est pas de même, et comme il n'y a pas, derrière le col utérin, trace de tissu cellulaire, le cul-de-sac postérieur reste libre. Lorsqu'il est induré ou rempli par quelque masse inflammatoire, c'est alors que le phlegmon de la gaine hypogastrique est compliqué de quelque infection de voisinage qui siège soit dans une trompe, soit dans le péritoine du cul-de-sac de Douglas. Rien n'est d'ailleurs plus commun que ces propagations inflammatoires et ces infections combinées.

En dehors l'induration, souvent difficile à suivre, se perd sur la paroi latérale du bassin. En arrière, elle peut se prolonger dans le ligament utéro-sacré jusque vers le sacrum et le toucher rectal, dans ces cas, mieux que le toucher vaginal, permettra de se rendre compte de son étendue et de ses limites.

Dès que la masse inflammatoire de la gaine hypogastrique est un peu volumineuse, elle repousse l'utérus du côté opposé, ce dont il est facile de se rendre compte d'après la position du col. En outre, l'exploration vaginale permet également d'apprécier le degré de mobilité de l'utérus. Cette mobilité est toujours réduite, dès qu'il y a autour du col le moindre empâtement inflammatoire, mais l'importance de ce phénomène est très variable, et tous les degrés peuvent se rencontrer, depuis la résistance insignifiante qu'oppose aux mouvements transversaux une légère inflammation de la gaine hypogastrique, jusqu'à l'immobilité absolue que présente l'utérus fixé dans le bloc rigide et induré qui résulte de l'inflammation du tissu cellulaire du petit bassin tout entier.

Tels sont les signes capitaux que donne le toucher vaginal. Ils peuvent d'ailleurs se modifier quelque peu et s'accompagner de phénomènes nouveaux suivant le siège exact et l'évolution de la maladie.

Les signes physiques que je viens de décrire sont ceux que l'on rencontre dans la forme la plus commune du phlegmon pelvien, le *phlegmon de la gaine hypogastrique*. Dans le *phlegmon du ligament large* proprement dit, d'ailleurs fort rare, les signes sont moins nets. L'inflammation siège en effet dans la gaine de l'artère utéro-ovarienne, à la partie supérieure

du ligament, loin du cul-de-sac vaginal. Celui-ci reste donc souple et le doigt qui l'explore perçoit seulement une résistance lointaine, une masse indurée située assez haut, vers la corne utérine, dans la région ovarienne.

La palpation abdominale est ici d'un grand secours et elle permet de sentir par en haut la tuméfaction que les doigts vaginaux ne perçoivent qu'imparfaitement. Mais il est alors très difficile de préciser la lésion devant laquelle on se trouve. Il n'y a aucun signe net qui permette de distinguer un phlegmon du ligament large d'une salpingite aiguë, une collection celluleuse d'une collection tubaire ou ovarienne, et si la rapidité de l'évolution peut quelquefois faire admettre la probabilité d'un phlegmon, il n'existe aucun symptôme précis qui permette de l'affirmer.

L'*évolution* des phlegmons pelviens est des plus variables. Un grand nombre se terminent par *résolution*. Il est fréquent de voir des femmes, qui pendant quelque jours ont présenté de la fièvre et une induration manifeste de la base du ligament large, revenir peu à peu à la santé. La fièvre diminue, puis disparaît, la douleur que faisait naître la pression du doigt dans le cul-de-sac vaginal s'atténue peu à peu, les tissus s'assouplissent et, au bout de quelques jours, il peut ne plus rester de traces de l'inflammation primitive.

Mais bien souvent aussi les phénomènes, loin de diminuer, s'accentuent, et la *suppuration* devient peu à peu manifeste. La fièvre augmente, l'état général s'aggrave; si la suppuration n'est pas très abondante, les choses peuvent ainsi se prolonger pendant assez longtemps, la malade s'amaigrit, sa peau devient sèche et terreuse, comme dans les suppurations de longue durée, et ces phénomènes d'infection chronique peuvent persister longtemps pour se terminer par un affaiblissement progressif et par la mort, au cours de quelque complication subite, ou au contraire par une évacuation spontanée de pus à la suite de laquelle l'état général se relève immédiatement jusqu'à une guérison rapide.

Dans d'autres cas enfin, qui correspondent aux véritables

cellulites pelviennes, les phénomènes s'aggravent rapidement et les malades peuvent succomber en peu de jours avec tous les signes des infections mortelles.

Les signes physiques marchent en général de pair avec les signes généraux. Lorsque la suppuration s'établit et que le pus se collecte, le toucher permet de constater une saillie de plus en plus accentuée dans le cul-de-sac vaginal. La douleur y devient en même temps plus vive et plus précise, l'empâtement primitif se ramollit et on peut souvent produire à ce niveau des dépressions formées par l'empreinte du doigt. Ces dépressions, signalées par Kœnig, sont un bon signe de suppuration.

Il est quelquefois possible, lorsque la suppuration se confirme et que le pus s'étend le long des gaines celluleuses et vasculaires voisines, de constater un empâtement douloureux dans les régions vers lesquelles se porte la collection purulente. C'est ainsi qu'on peut sentir une induration profonde au-dessus du pubis, près de la ligne médiane, au niveau de l'orifice inguinal, ou encore derrière l'arcade crurale, ou au-dessous de cette arcade, un peu en dedans des vaisseaux, enfin dans les régions du petit trochanter ou même de la fesse. Ce sont les prolongements dont j'ai parlé plus haut, et qui se portent le long des vaisseaux, derrière le pubis, vers le canal inguinal en suivant le ligament rond, le long des vaisseaux iliaques et du psoas, ou encore vers l'échancrure sciatique, avec les vaisseaux fessiers. Ces divers prolongements se traduisent par un empâtement douloureux plus ou moins profond, quelquefois très net, mais qu'il faut le plus souvent rechercher avec soin pour le découvrir.

Ces collections purulentes peuvent s'ouvrir spontanément, en ulcérant peu à peu les tissus qui les séparent, soit de la peau, soit d'une cavité naturelle. L'ouverture dans le vagin est la plus fréquente (30 cas sur 95 d'après P. Delbet). Puis vient l'ouverture dans le rectum (28 cas sur 95), dans la vessie (18 cas sur 95), dans l'utérus, à la peau. Cette *ouverture spontanée*, qui s'accompagne d'une détente immédiate dans les phénomènes généraux est un mode fréquent de guérison, bien que

parfois, elle puisse être suivie de fistules purulentes interminables, d'infections secondaires et de poussées nouvelles légères ou graves et même mortelles. Mais il est une autre ouverture spontanée qui s'accompagne, elle, des accidents les plus redoutables. C'est l'ouverture dans le péritoine. Elle est heureusement rare à cause de la barrière d'adhérences protectrices que la réaction péritonéale accumule devant le pus, mais quand elle se produit, elle est, à moins d'intervention immédiate, presque fatalement suivie de mort.

La guérison du phlegmon pelvien n'est point toujours suivie du rétablissement parfait des organes et des fonctions. La rétraction cicatricielle des tissus enflammés peut produire des déviations utérines, des coudures, des adhérences péri-utérines qui provoquent des douleurs, des troubles menstruels et dysménorrhéiques contre lesquels, en raison même de leur origine, la thérapeutique chirurgicale est souvent désarmée.

Ce que j'ai dit des signes physiques des phlegmons pelviens me dispense d'insister longuement sur leur *diagnostic*. C'est avec les *salpingites* ou la *pelvi-péritonite* qu'on peut le plus facilement les confondre. Les signes généraux ne suffisent pour ainsi dire jamais à reconnaître l'une de l'autre ces diverses affections. La prédominance des phénomènes péritonéaux, les nausées, les vomissements dans la pelvi-péritonite, la lenteur souvent plus grande du début dans la salpingite, sont des phénomènes vagues et parfaitement insuffisants à fixer d'une façon quelconque la nature et le siège de l'infection. La seule chose qu'ils puissent permettre d'affirmer avec certitude c'est la réalité de l'infection.

Ce sont exclusivement les signes physiques qui permettent de localiser cette infection et ici, comme pour toutes les affections péri-utérines, c'est le toucher vaginal seul qui pourra donner des renseignements précis.

Le signe caractéristique du phlegmon pelvien et spécialement du phlegmon de la gaine hypogastrique, c'est la constatation d'un empâtement situé immédiatement contre le col utérin avec lequel il semble faire corps, et immédiatement en

contact de la paroi vaginale. Entre le vagin et le foyer inflammatoire, il n'y a rien. Dans la salpingite, au contraire, il y a toute l'épaisseur de la gaine hypogastrique saine qui s'étend entre la trompe et le cul-de-sac vaginal. La pelvi-péritonite peut, il est vrai, au niveau du cul-de-sac de Douglas, être en contact avec le vagin. Mais elle est postérieure, tandis que le phlegmon du ligament large siège sur le côté, et a une tendance à contourner l'utérus en avant en respectant sa partie postérieure.

En réalité il y a souvent, sinon presque toujours, une combinaison de ces divers symptômes parce que ces infections péri-utérines sont rarement absolument localisées. De même que les pelvi-péritonites sont presque toujours compliquées de salpingo-ovarites, de même il est rare de voir une infection celluleuse du petit bassin sans un certain degré de réaction tubaire ou péritonéale.

D'ailleurs ce sont là des points qui n'ont, en réalité, qu'un intérêt secondaire, car ce qu'il y a de plus important dans ces cas difficiles, ce n'est pas de se rendre un compte parfaitement exact de la localisation anatomique de lésions inflammatoires qu'il est la plupart du temps impossible de préciser rigoureusement, c'est de savoir ce qu'il faut faire et de choisir le traitement.

TRAITEMENT

DES SUPPURATIONS PELVIENNES

TRAITEMENT MÉDICAL

Les merveilleux succès de la chirurgie contemporaine ne doivent pas faire oublier que les inflammations et les suppurations péri-utérines sont presque toujours, au moins au début, justiciables d'un *traitement médical.*

Toutes ces infections peuvent guérir spontanément. A plus forte raison guérissent-elles à la suite d'un traitement bien dirigé, mais dans lequel le bistouri ne tient aucune place.

La base de ce traitement est bien simple, c'est le *repos.* A vrai dire il n'agit pas autrement qu'en mettant la malade dans les conditions les plus favorables à une guérison spontanée, mais cela suffit dans un bon nombre de cas, et c'est par là qu'il faut commencer.

Pour peu que les phénomènes soient accentués, pour peu que les douleurs soient vives, pour peu que la fièvre apparaisse, on mettra la malade au repos absolu, repos au lit qu'on exigera complet pendant un temps suffisant, un mois, six semaines deux mois au besoin. Il est évident que si, malgré un repos absolu, les phénomènes allaient en s'aggravant, on n'hésiterait pas un instant à abandonner ce moyen de traitement qui pourrait devenir funeste, et on aurait immédiatement recours aux moyens énergiques que nous offre la chirurgie. De même on n'attendrait pas indéfiniment et on interviendrait si, après quelque temps d'un repos complet, l'état restait stationnaire. Mais il s'en faut de beaucoup qu'il en soit toujours ainsi et les cas sont très fréquents dans lesquels le traitement médical est

bientôt suivi soit d'une guérison radicale, que je crois assez peu commune, soit beaucoup plus souvent d'une amélioration suffisante pour engager à continuer. Et il n'est pas rare de voir des femmes qui, tout en conservant des lésions légères, peuvent sans grands inconvénients reprendre leurs occupations ordinaires.

On mettra donc avant tout la malade au lit avec ordre de n'en sortir sous aucun prétexte.

Avec le repos, les larges *irrigations vaginales* à l'eau très chaude sont un des meilleurs moyens de décongestionner l'utérus et de provoquer la résorption des exsudats pelviens. On a coutume de charger cette eau d'une substance antiseptique, comme le sublimé à 1/1000e. Sans doute, il est bon d'aseptiser autant que possible la cavité vaginale, mais en dehors des cas de vaginite, je crois que l'adjonction de substances antiseptique n'a ici qu'une valeur très secondaire. C'est la chaleur qui agit avant tout. Aussi, s'il faut user largement des injections vaginales, est-il bon d'user plus largement encore des irrigations rectales et en particulier des *lavements chauds*. Ceux-ci ont, en effet, sur les injections vaginales une supériorité évidente. L'injection vaginale, même lorsqu'elle est prise par la femme couchée, ne fait guère qu'entrer et sortir, effleurant à peine le col et n'entrant pas en contact avec les poches purulentes situées au niveau des trompes et souvent assez élevées.

L'action de la chaleur sur les trompes malades et les exsudats péri-utérins est donc pour ainsi dire nulle dans les irrigations vaginales : les lavements chauds, au contraire, ont une action directe. Ces lavements doivent être gardés pendant tout le temps qu'ils mettent à se refroidir et à équilibrer leur température avec la température du corps. Ils doivent donc être peu abondants : un quart de litre, un demi-litre chez les femmes qui en ont une grande habitude et chez lesquelles une certaine tolérance n'a pas tardé à s'établir.

Ces lavements seront donc pris par la femme couchée, avec de l'eau très chaude, à 50 et même 55°, suivant le conseil de Reclus.

Lorsque l'ampoule rectale est pleine, la face postérieure de

l'utérus, les annexes malades, les exsudats péri-utérins, séparés de la masse liquide par la seule épaisseur des tuniques intestinales, en sont pourainsi dire baignés et restent sous l'influence directe de la chaleur aussi longtemps que la température du liquide n'est pas descendue au niveau de celle du corps. Quelle que soit la façon dont agissent ces irrigations rectales chaudes, et il est probable que c'est en entraînant des phénomènes de

Fig. 58.
Demi-schématique, montrant le mode d'action des irrigations rectales.

vaso-dilatation et de suractivité circulatoire, il est certain qu'elles agissent et on ne saurait trop les recommander.

Sous l'influence de ce traitement, on voit parfois survenir une amélioration considérable. Les accidents aigus, la fièvre, les douleurs peuvent disparaître et les phénomènes physiques eux-mêmes peuvent s'atténuer dans des proportions incroyables. On voit parfois des poches volumineuses, des indurations étendues fondre pour ainsi dire à vue d'œil, et il est

certain qu'un bon nombre de femmes atteintes d'infections annexielles étendues et graves et qui semblaient fatalement vouées à une opération, peuvent guérir et guérir rapidement.

Ce traitement doit donc toujours être essayé, à moins que la gravité des symptômes ne commande une intervention immédiate.

J'ajoute que, sous l'influence de ces moyens simples, les lésions auront d'autant plus de chances de guérir qu'elles seront plus aiguës, ou plutôt plus récentes. Dans les lésions chroniques, dans les suppurations invétérées, il n'en est malheureusement pas de même, et si bien des femmes guérissent de leur première atteinte, il est beaucoup moins fréquent de voir revenir à la santé celles qui sont sujettes à des poussées inflammatoires renouvelées, à de véritables salpingites à répétition. La plupart du temps, chez ces malades, le traitement médical ne guérit que la poussée aiguë qui vient compliquer les lésions chroniques : celles-ci persistent et les malades se retrouvent, après le traitement, dans un état à peu près semblable à celui qu'elles présentaient auparavant. Ce sont encore des malades.

Dans d'autres cas, lorsqu'on se trouve en présence de la première manifestation infectieuse du côté des annexes, les phénomènes inquiétants, fébriles et aigus, peuvent disparaître. Mais il existe des lésions profondes qui, refroidies pour un temps, ne demanderont qu'à se réveiller. La maladie passe à l'état chronique.

S'il est vrai qu'il y ait une chirurgie des riches et une chirurgie des pauvres, et cela n'est malheureusement que trop évident, c'est ici plus que partout ailleurs que cette distinction doit être faite.

Beaucoup de femmes de la classe aisée qui peuvent s'astreindre à un repos prolongé, à des traitements répétés, qui peuvent passer plusieurs heures par jour étendues sur leur chaise longue et s'aliter sans inconvénient pendant plusieurs jours chaque mois, peuvent à la longue voir des lésions chroniques, même lorsqu'elles sont sérieuses, s'améliorer peu à peu, et finir par guérir. Mais chez les femmes que la nécessité

astreint au dur travail de chaque jour, les conditions ne sont malheureusement plus les mêmes.

Il est d'ailleurs certains traitements qui ont sur les infections chroniques de l'utérus et de ses annexes, l'influence la plus heureuse. Ce sont les traitements par les *eaux minérales* et le *massage gynécologique*.

Il est hors de doute que les eaux minérales bien employées ont une grande valeur, et on ne saurait trop les recommander aux malades suffisamment riches qui se refuseraient à employer les moyens plus rapides et plus énergiques, mais aussi plus dangereux qu'offre la chirurgie.

Un très grand nombre de *stations thermales* jouissent d'une grande réputation pour la cure des affections gynécologiques. Il est vraisemblable qu'il faut faire en cette matière la part de l'exagération. Mais les bons effets de beaucoup d'entre elles sont incontestables. Il faut donc savoir que c'est là une ressource précieuse, mais l'étude détaillée de cette question dépasserait le cadre de ce livre plus spécialement destiné à la thérapeutique chirurgicale ; il dépasserait surtout la compétence de son auteur. Je préfère donc renvoyer aux ouvrages qui s'occupent de cette question plus spécialement médicale, et, en particulier à l'excellent chapitre que lui a consacré LABADIE-LAGRAVE [1].

Les inflammations chroniques, les exsudats péri-utérins, les adhérences pelviennes, reliquats de lésions plus graves, sont également justiciables d'une autre méthode de traitement. Je veux parler du *massage gynécologique*. L'étude de sa technique m'entraînerait beaucoup trop loin. On la trouvera exposée dans tous ses détails dans les travaux de STAPFER qui a surtout fait connaître en France la méthode de THURE-BRANDT [2]. Mais je ne puis passer sous silence ses bons effets. Le massage bien fait donne des résultats excellents, surtout dans les cas chroniques, les vieilles inflammations refroidies qui sont si souvent rebelles

[1] Voyez surtout LABADIE-LAGRAVE et LEGUEU, p. 144.
[2] Voyez LABADIE-LAGRAVE et LEGUEU, p. 202.

à tous les traitements. Sous son influence, la cavité pelvienne indurée, infiltrée d'exsudats et d'adhérences, reprend sa souplesse, l'utérus, souvent fixé en position vicieuse reprend sa place et sa mobilité, et les malades sont nombreuses, chez lesquelles tous les traitements avaient échoué et qui, de véritables infirmes qu'elles étaient, ont, grâce au massage, recouvré une santé à peu près parfaite.

Mais le massage doit être bien fait — le massage gynécologique plus que tout autre — et il faut se garder de le confier à des mains inexpérimentées. C'est à cette seule condition qu'on en obtiendra des résultats favorables.

Il va sans dire que les symptômes douloureux seront grandement soulagés par les moyens habituels : lavements laudanisés, cataplasmes, application de glace sur le ventre. Ce sont là des ressources précieuses et qu'on aura très souvent l'occasion de mettre en pratique.

TRAITEMENT CHIRURGICAL

Il est d'abord des moyens simples qui peuvent donner de bons résultats, et en donnent souvent. On peut en effet modifier heureusement les salpingites, en agissant sur l'utérus.

Des diverses applications médicamenteuses sur le col, je ne dirai rien. Le mieux qu'on en puisse dire, c'est qu'elles ne peuvent pas faire grand mal. Quant à avoir une action quelconque sur les lésions salpingo-ovariennes, je n'en crois rien, convaincu que je suis qu'elles n'en ont aucune, ou à peu près aucune, sur les lésions de l'utérus lui-même.

L'action sur la cavité utérine, et en particulier la *dilatation* utérine suivie de *drainage* prolongé, proposée par Valton en 1887, a eu et a encore de chauds partisans. Labadie-Lagrave lui doit de nombreux succès. Quel que soit le mécanisme qu'on invoque, ce sont là des faits auxquels la personnalité de leur auteur donne une grande valeur. Mais je suis convaincu que la dilatation échoue très souvent, et je suis d'autre part cer-

tain, pour l'avoir vu, que les manœuvres intra-utérines, loin de guérir les infections annexielles peuvent, dans certains cas, les aggraver et déterminer du côté des trompes malades des poussées aiguës très inquiétantes. C'est surtout, à mon avis, le *curettage*, qui suit souvent de près la dilatation utérine, qu'il faut rendre responsable de ces accidents, et pour ma part cette dernière opération constitue un traitement que je ne puis accepter.

J'admets avec Labadie-Lagrave que la dilatation et le drainage de l'utérus, surtout le drainage, lorsqu'il est fait avec soin, ce qui n'est pas toujours facile, puissent amener quelquefois l'évacuation des trompes. Divers mécanismes ont été invoqués qui peuvent expliquer ce phénomène : ramollissement du tissu utérin et, par ce fait même, diminution de la résistance au niveau de l'ostium uterinum comme le croit Le Dentu, redressement d'un utérus antéfléchi dont la coudure provoquait la rétention purulente, comme le pense Landau. Ce sont là des explications qui peuvent parfaitement convenir à certains faits particuliers. Mais je ne vois pas en quoi le curettage peut agir sur ces divers mécanismes et influer sur l'évacuation et la désinfection des trompes. Lorsque celles-ci sont infectées et elles le sont bien au cours des salpingites, je ne crois pas qu'un peu plus ou un peu de moins de lésions infectieuses, au niveau de la cavité utérine puisse influer sensiblement sur leur état, et je pense que les cas de salpingites guéris à la suite du curettage ont été guéris malgré lui, grâce au repos, au drainage et aux soins de toute sorte, qui suivent une intervention aussi sérieuse. Je crains, au contraire, que cette dilacération brutale de la muqueuse, cette ouverture de mille voies lymphatiques dans un milieu largement infecté ne puisse produire des infections nouvelles, des lymphangites plus ou moins violentes qui retentissent à distance sur les annexes déjà malades. C'est là, d'ailleurs, un fait, et les poussées aiguës à la suite d'un curettage fait dans ces conditions, sont loin d'être rares.

Le curettage, s'il peut, ce dont je doute, améliorer quelquefois les poussées salpingiennes, peut donc aussi les aggraver. C'est pourquoi je conseille de s'en abstenir. Dans les cas aigus,

nous avons mieux, et je crois que toute suppuration pelvienne qui n'aura pas cédé au repos et au drainage ne cédera pas aux coups de curette. Dans les cas chroniques, nous avons mieux également et si l'on prononce le grand mot d'opération, autant choisir une opération qui ait au moins chance d'être efficace.

Quant au *cathétérisme de la trompe* qui, s'il a été fait, l'a certainement été par hasard, c'est une opération qu'il faut citer, puisqu'on en parle dans les livres et qu'elle a été proposée, mais c'est une opération de hasard, impraticable dans l'immense majorité des cas. Elle a cent fois plus de chances de provoquer des accidents que de produire un résultat utile. Il n'en faut donc parler que pour la proscrire.

Considérations générales. — Interventions directes. — Le véritable traitement chirurgical des suppurations pelviennes est celui qui s'attaque aux collections purulentes elles-mêmes, soit pour les ouvrir comme on ouvre un abcès ordinaire, soit pour les extirper lorsque l'énucléation de la poche qui les renferme est matériellement possible [1].

C'est qu'en effet nous nous trouvons ici dans des conditions un peu particulières et qui ne se rencontrent nulle part ailleurs, au moins au même degré, et avec la même fréquence.

Les abcès ordinaires, qui se développent dans des espaces celluleux ou dans le parenchyme de certains organes, guérissent en général par la simple ouverture et la libre évacuation du pus. La paroi de l'abcès élimine les détritus nécrosés qui la recouvrent, elle bourgeonne plus ou moins rapidement et lorsque le drainage est bien assuré, la guérison survient sans autre incident. Dans les salpingo-ovarites suppurées et surtout dans les collections tubaires que je prends pour type, on se trouve en présence d'un abcès tout autrement constitué. Le pus qu'il s'agit d'évacuer est en effet limité par une paroi d'un

[1] Je ne saurai trop recommander la lecture de la thèse de ROGER. C'est un travail excellent et aux conclusions duquel je souscris complètement : Essai sur les indications opératoires et le choix de l'intervention dans le traitement des suppurations pelviennes : Th. Paris, 1900.

genre spécial et qui n'est autre que la paroi de la trompe elle-même, plus ou moins altérée par la maladie. Or la trompe est le plus souvent extirpable en totalité avec le pus qu'elle renferme ; on est donc tout naturellement conduit non seulement à ouvrir la collection purulente intra-tubaire, mais encore à extirper la trompe elle-même, toujours plus ou moins malade et qui, lorsqu'elle reste en place, peut provoquer des suppuration nouvelles.

Il se passe ici en quelque sorte ce qui se passe dans certains abcès contenus dans une paroi malade, les abcès tuberculeux en particulier. Tout le monde sait qu'il vaut beaucoup mieux, lorsque la chose est possible, extirper complètement la paroi d'un abcès tuberculeux plutôt que de se borner à l'incision simple et à un drainage, qui, trop souvent, n'en finit pas.

Il est, en un mot, beaucoup plus satisfaisant d'enlever à la fois l'organe malade et le pus qu'il renferme que de se borner à évacuer ce pus. Pour prendre un autre exemple, ne voit-on pas souvent des bartholinites à répétition ne se terminer que par l'extirpation de la glande de Bartholin et certaines suppurations intarissables, constituées par des lésions rénales ne céder qu'à la néphrectomie.

C'est là un fait hors de doute et qui n'entraînerait aucune discussion si l'extirpation de la trompe malade, malgré sa bénignité relative, n'était en somme une opération beaucoup plus sérieuse et beaucoup moins élémentaire que la simple évacuation du pus qu'elle renferme. C'est pourquoi la discussion est permise, et même nécessaire, d'autant plus qu'il n'est pas rare de voir la simple ouverture de la collection purulente suivie d'une guérison définitive, et il est de toute évidence que lorsqu'on arrive à ce résultat, qui est, en somme, celui que l'on cherche, mieux vaut l'avoir obtenu par une opération aussi simple et aussi bénigne qu'une simple ouverture d'abcès, plutôt que par une opération aussi sérieuse qu'une extirpation d'annexes, qui, tout en faisant courir des risques de mort, ne donne la guérison qu'au prix d'une mutilation irréparable.

Nous verrons plus loin qu'il y a moyen de concilier ces

deux méthodes : *simple ouverture des collections purulentes* et *extirpation des annexes malades*, ou plutôt de déterminer les cas dans lesquels on doit se décider pour l'une ou pour l'autre.

Ce n'est pas tout, et sous l'impulsion de PÉAN, une troisième méthode est née qui sembla devoir un jour, même en faisant la part de la faveur qui accueille toujours les opérations nouvelles et de l'ardeur que mettent les chirurgiens à les exécuter, qui sembla, dis-je, devoir avant longtemps rallier autour d'elle la grande majorité des opérateurs. PÉAN a proposé le premier de traiter les suppurations annexielles par l'*hystérectomie vaginale* et de sacrifier l'utérus en même temps que les annexes.

PÉAN conseillait ce sacrifice de l'utérus dans le but de faciliter et, dans un grand nombre de cas, de rendre praticable par le vagin l'ouverture et l'extirpation des poches purulentes péri-utérines. Mais on n'a pas tardé, surtout sous l'influence des chirurgiens américains, à conseiller l'ablation de cet utérus non plus comme une nécessité opératoire, mais comme un complément destiné à parfaire l'opération.

Les Américains ont en effet préconisé l'extirpation de l'utérus et des annexes par la voie abdominale. L'hystérectomie ne se présente donc plus ici comme une nécessité opératoire, comme dans l'opération de PÉAN, puisqu'on peut, par le ventre, enlever les annexes sans toucher à l'utérus, mais bien comme une opération complémentaire destinée à débarrasser la malade d'un organe presque toujours compromis, qui, après l'extirpation des annexes, n'est plus d'aucune utilité physiologique et contribue par les hémorragies dont il est la source et l'infection chronique dont il est le siège, à entretenir un état de maladie que l'extirpation des annexes n'a fait qu'améliorer.

Cette façon d'envisager les choses a fait de nombreux adeptes. Leur nombre croît de jour en jour, et il est certain qu'aujourd'hui l'*hystérectomie abdominale* voit grossir les rangs de ses partisans de beaucoup de chirurgiens qui, tout récemment encore, lui préféraient l'hystérectomie vaginale. Cela tient aux grands perfectionnements de la technique opératoire dans l'hystérectomie abdominale, à l'amélioration constante des

résultats qu'on obtient avec elle et qui font qu'aujourd'hui elle n'est pas sensiblement plus grave que l'hystérectomie vaginale.

D'ailleurs, dans cette question où tout se transforme chaque jour, ce que je disais il y a un instant sur la différence entre l'hystérectomie vaginale — opération de nécessité — et l'hystérectomie abdominale — opération complémentaire — n'est plus qu'à moitié vrai.

Les perfectionnements de la technique de l'hystérectomie abdominale ont été tels dans ces dernières années qu'il est permis d'affirmer que, dans bien des cas de suppurations pelviennes et en particulier dans la plupart des cas compliqués, l'hystérectomie redevient, si l'on sait bien choisir son procédé, non plus une opération complémentaire, mais une opération de nécessité, — en ce sens que l'énucléation et l'extirpation des annexes qui seraient presque impossibles si on laissait l'utérus en place, deviennent presque faciles si on le sacrifie, de sorte qu'il est beaucoup plus simple d'enlever les annexes avec l'utérus que les annexes seules. C'est là un fait que l'on observe assez souvent dans les procédés de KELLY et de TERRIER, et presque toujours dans le procédé que j'ai été le premier à décrire et à employer.

Ce sont là des points très importants et sur lesquels je reviendrai longuement. J'ai en effet l'intention de discuter à fond ces détails de technique, car je suis de plus en plus convaincu que, dans ces opérations délicates et qui ont pour enjeu la vie des malades, la technique opératoire a une importance absolument prépondérante. Sur les indications opératoires, nous sommes tous, au moins en principe, à peu près d'accord. Nous ne différons que sur la façon d'exécuter l'opération et c'est certainement parce que les idées ou les habitudes des divers chirurgiens diffèrent sur ce point, que les uns y rencontrent et y proclament des difficultés que les autres n'y trouvent pas.

Avec une bonne technique, les opérations les plus délicates paraissent souvent très faciles. Avec une technique défectueuse, les opérations les plus simples se hérissent de difficultés! Ce sont là des considérations presque évidentes et qui peuvent paraître banales. Il est certain qu'elles le sont moins

qu'elles ne le paraissent, — et c'est pourquoi je crois devoir insister sur leur importance.

Indications du traitement chirurgical. — Avant d'étudier les méthodes et les procédés opératoires qu'il faut employer, suivant les cas, il faut d'abord s'entendre sur les cas qu'il faut opérer.

Il est certain qu'on opère moins de salpingo-ovarites qu'on n'en opérait il y a une dizaine d'années. On a, il est vrai, beaucoup reculé la limite des cas opérables et on fait ainsi un grand nombre d'opérations qu'on n'eût pas osé tenter à cette époque. Mais on se hâte moins dans les cas relativement bénins et bien des salpingites qu'on eût cru dangereux d'abandonner à elles-mêmes, à l'époque pourtant bien rapprochée dont je parle, guérissent maintenant sans opération ou s'améliorent suffisamment pour qu'on puisse presque les considérer comme guéries.

Il ne faut donc pas se hâter d'opérer, dès qu'elles sont reconnues, les lésions suppurées, à moins, bien entendu, de danger imminent. J'ai dit plus haut qu'elles pouvaient guérir sous l'influence du seul traitement médical. Lorsqu'elles ne guérissent pas, elles s'améliorent souvent beaucoup. Les poches purulentes diminuent, les phénomènes d'inflammation périphérique disparaissent, et au bout de quelque temps on se trouve en présence de lésions infiniment moindres. Il se passe en somme, ici, ce qui se passe dans l'appendicite aiguë qu'on laisse refroidir. Après l'apaisement des phénomènes aigus, on se trouve pour opérer, si l'on juge toujours l'opération indispensable, dans des conditions infiniment meilleures, et du fait de la moindre étendue des lésions, et surtout du fait de leur moindre virulence, car il est loin d'être indifférent d'opérer des suppurations récentes ou des suppurations anciennes, puisque nous savons que, dans ces dernières, le pus que l'on rencontre est souvent stérile.

On attendra donc, et ce n'est que si les phénomènes locaux ou généraux ne s'atténuent pas malgré le repos et le traitement médical, c'est surtout s'ils vont en augmentant, qu'on

aura la main forcée et qu'on interviendra malgré l'acuité des lésions.

Si, après une période d'amélioration manifeste, les lésions persistent sans changement du côté des désordres locaux et sans atténuation du côté des douleurs et des phénomènes généraux, on interviendra encore sans attendre indéfiniment. Les annexites qui ne guérissent pas ou ne s'améliorent pas assez rapidement, et j'entends par là dans un délai de un ou deux mois environ, ont peu de chances de s'améliorer beaucoup par la suite, et le temps que l'on passe à attendre une guérison qui ne vient pas est du temps bien mal employé. La malade qui souffre et qui suppure est une malade qui s'affaiblit et qui voit de plus en plus diminuer les chances heureuses que lui offre l'opération.

En somme, dans les *annexites suppurées*, la conduite à tenir est simple. Il faut intervenir lorsque, malgré le traitement médical, les lésions s'aggravent ou restent stationnaires. Mais il faut, autant que possible, éviter d'intervenir au cours d'une poussée aiguë.

Dans les *annexites non suppurées*, l'opération est plus rarement indiquée. Il ne suffit pas qu'un ovaire et qu'une trompe soient un peu augmentés de volume pour qu'il faille les enlever. On a extirpé autrefois, peut-être avec un peu trop de précipitation, bien des annexes qui ne présentaient que des lésions légères et auraient certainement pu être conservées. Bien des ovaires scléro-kystiques, sacrifiés il y a encore un certain nombre d'années, sont maintenant laissés en place ou soumis simplement à quelques opérations partielles, résection ou ignipuncture.

Il n'y a pas à s'étonner et moins encore à s'indigner des opérations peut-être un peu précipitées qu'on a fait autrefois dans des cas semblables. Toutes les fois qu'apparaît une opération nouvelle, dont les indications ne sont pas encore bien précises, on en abuse un peu, et on ne peut pas ne pas en abuser. L'esprit humain est ainsi fait et il n'en saurait être autrement. Ce n'est que peu à peu que les inconvénients apparaissent, que les indications se précisent et que l'équilibre s'établit.

Après les premières opérations de Lawson Tait et ses succès retentissants il était impossible que, dans une affection aussi fréquente que l'inflammation des annexes, on ne dépassât pas un peu la mesure. La réaction s'est faite aujourd'hui, l'équilibre s'est établi et il nous est maintenant permis de penser qu'à moins de découvertes nouvelles et qui bouleverseraient du tout au tout la thérapeutique des infections, l'avenir ne changera pas grand'chose au traitement actuel des suppurations pelviennes.

Il est donc beaucoup d'annexites non suppurées qui seront respectées et soumises simplement au traitement médical. Elles peuvent persister indéfiniment sans danger, et ce n'est pas leur présence seule qui doit les faire extirper, ce sont les accidents qu'elles déterminent, lorsqu'elles en déterminent.

Ceux-ci sont presque exclusivement des *accidents douloureux*. Et si une malade souffre par trop de ses annexes, si celles-ci lui rendent tout travail impossible et font d'elle une infirme, ce qui est loin d'être rare, je crois qu'il ne faut pas pousser trop loin le scrupule de ne vouloir enlever que des annexes très malades ; il faut opérer et le soulagement des femmes qui souffrent doit passer avant les idées préconçues et les principes abstraits.

COLPOTOMIE

La méthode qui se présente comme la plus simple et la plus naturelle pour la cure des suppurations pelviennes, c'est l'*incision des collections purulentes*.

Lorsque du pus s'est produit dans le petit bassin, il faut l'évacuer comme on le fait partout ailleurs. Et c'est en effet la conduite qu'on a suivie depuis longtemps. Récamier, Velpeau, Demarquay et tous les chirurgiens de l'époque préaseptique ouvraient par le vagin les collections purulentes qui bombaient dans le cul-de-sac postérieur. Et, ce faisant, ils suivaient simplement l'aphorisme *ubi pus, ibi evacua*, qui fait encore loi en pathologie générale. Mais le siège exact de la plupart des collections purulentes du petit bassin était alors fort mal connu, et

on ne pouvait songer à autre chose qu'à ouvrir des abcès que nul, à cette époque, ne supposait pouvoir être énucléés. Ces opérations étaient cependant assez rares, comme toutes les interventions gynécologiques.

La découverte de Lawson Tait vint bouleverser cette pratique et lorsque le chirurgien anglais eut montré que la plupart des collections pelviennes étaient renfermées dans les trompes dilatées, lorsque sa pratique hardie eut rendu évidents aux yeux de tous les succès que donnait l'extirpation des trompes, l'incision des suppurations pelviennes tomba peu à peu dans l'oubli, détrônée qu'elle fut par la laparotomie. Sans doute, on ouvrait bien encore certaines collections très bas situées, bombant fortement dans le cul-de-sac postérieur, comme certaines hématocèles, mais en somme l'ancienne pratique ne fut plus employée qu'à titre exceptionnel.

C'est au professeur Laroyenne[1], de Lyon, que revient le mérite de l'avoir tirée de l'oubli, et pour ainsi dire ressuscitée. Il étendit en outre ses indications et montra comment on pouvait, par le vagin, atteindre des collections plus élevées que celles qu'on avait coutume d'ouvrir, et comment les poches tubaires elles-mêmes, les salpingites proprement dites, pouvaient être traitées par l'ouverture et le drainage vaginal. Il inventa même à cet effet un trocart particulier qui d'ailleurs n'est guère employé que par son auteur.

La pratique de Laroyenne, exposée dans la thèse de Blanc[2], défendue avec conviction par Gouilloud, gagna peu à peu du terrain. Bouilly, dès 1890, vint à la Société de chirurgie la recommander dans certains cas, et peu à peu elle a fait des adeptes au point de s'imposer aujourd'hui à l'attention de tous les chirurgiens, qui l'ont tous plus ou moins pratiquée. Elle a donné lieu dans ces derniers temps à un assez grand nombre de travaux et de discussions, comme celle qui a eu lieu à la Société de chirurgie, en mai 1898. Tout dernièrement, paraissaient plu-

[1] Laroyenne. Lyon médic., 21 février 1886.

[2] Blanc. De l'inflammation péri-utérine chronique avec épanchements latents. Thèse Lyon, 1887.

sieurs thèses, dont celle de MORELY[1] dans laquelle on trouve un historique très complet de cette intéressante question et celle de D'HERBÉCOURT[2] qui confirme les bons résultats que l'on obtient souvent par cette méthode.

Le *manuel opératoire* de l'incision des collections pelviennes est des plus simples, à condition qu'on veuille bien ne pas le compliquer à plaisir.

C'est ainsi que je ne crois pas à l'utilité d'instruments spéciaux, pas plus de la pince trocart de CHAPUT, dont je crains l'extrémité trop effilée, que de l'instrument de LAROYENNE. Celui-ci me paraît même devoir être proscrit, surtout parce qu'il engage à opérer d'une façon trop aveugle.

L'instrument de LAROYENNE se compose en effet d'un trocart légèrement recourbé, qui a la longueur d'un hystéromètre. Il est enfermé dans une canule fendue sur la moitié de sa longueur, et dans laquelle, après avoir retiré le trocart, on engage une lame particulière, le métrotome de SIMPSON, construit sur le principe du lithotome et qui permet, en retirant la canule, d'inciser les tissus sur une assez grande longueur.

LAROYENNE, après avoir examiné avec beaucoup de soin la situation de la poche purulente, introduit l'index gauche dans le vagin et glisse sur lui son trocart dont il amène ainsi la pointe au contact de la muqueuse vaginale. Il pousse alors et pénètre dans la poche à travers le vagin, la paroi de la poche et les tissus intermédiaires, s'il en existe. Lorsqu'il est parvenu dans la poche, il enlève le trocart, le remplace par la lame coupante et débride largement en retirant l'instrument. Ce manuel opératoire est évidemment fort simple lorsque la poche fait saillie dans le vagin où elle ne demande pour ainsi dire qu'à crever. Mais pour peu que la poche tubaire ne soit pas en contact immédiat avec le vagin et qu'il faille s'avancer à sa rencontre à travers les tissus, il n'en est pas de même. C'est alors une

[1] MORELY. Essai sur l'ouverture des collections annexielles par la voie vaginale. Th. Paris, 1899.

[2] D'HERBÉCOURT. De la voie vaginale sans hystérectomie. Th. Paris, 1900.

opération aveugle et si la grande expérience du professeur lyonnais l'autorise à opérer ainsi sans risque d'accidents, il

Fig. 59.

Disposition du col utérin pour la colpotomie postérieure.

1, Trait plein : incision de choix. — 2. Trait interrompu : incision antéro-postérieure.

n'en est pas de même pour tout le monde, et je crois qu'on peut faire mieux.

J'en dirai autant de la pince trocart de Chaput qui a le défaut de devoir être poussée directement à travers la paroi vaginale, avant toute exploration avec le doigt de la région rétro-utérine,

lorsque la poche n'est pas située immédiatement contre le vagin.

La plupart des chirurgiens se sont ralliés à une pratique que je crois meilleure, que j'ai suivie pour ma part dans une vingtaine de cas et dont je n'ai eu qu'à me louer.

La femme étant préparée comme pour une hystérectomie vaginale, et les instruments pour cette opération étant également prêts, car il faut savoir que, à la suite des hasards opératoires, on peut être conduit à pratiquer une hystérectomie vaginale qu'il faut dans ces conditions, pouvoir faire immédiatement, la lèvre postérieure du col est saisie avec une pince à traction munie de deux dents, — l'ancienne pince utérine à une dent étant, à mon avis, un instrument détestable, qui lâche à chaque instant et qu'il faut abandonner, — on attire l'utérus en bas vers la vulve, en portant le col vers la symphyse de façon à bien exposer le cul-de-sac postérieur pendant qu'une valve courte déprime la fourchette et la paroi postérieure du vagin.

Fig. 60.
Colpotomie postérieure.

Souvent, dans les cas les plus favorables, la collection pelvienne forme au fond du vagin une tumeur convexe effaçant le cul-de-sac postérieur et semblant parfois se continuer directement avec la lèvre postérieure du col.

Avec de forts ciseaux courbes (fig. 81) on incise alors transversalement la muqueuse vaginale près de son insertion au col utérin et sur une largeur de 3 à 5 centimètres environ (fig. 60).

C'est l'incision classique qui conduit dans le cul-de-sac péritonéal. Si la tumeur remplit la cavité de Douglas et adhère fortement au vagin, le premier coup de ciseaux peut l'ouvrir, et l'on voit alors le pus s'écouler immédiatement au dehors. C'est dans ce cas, alors que l'on est pour ainsi dire certain de la proximité du pus, qu'on peut faire avec le bistouri une incision antéro-postérieure, qui a l'avantage de donner moins de sang, puisqu'elle se trouve sur la ligne médiane. On plonge alors directement le bistouri dans la poche à travers la paroi vaginale, immédiatement derrière le col et on débride le vagin sur la ligne médiane et sur une longueur de 4 ou 5 centimètres environ.

Dans ce cas particulier, cette incision est excellente. Mais, lorsqu'on n'est pas absolument sûr de la situation et de la proximité des collections que l'on veut ouvrir, mieux vaut l'incision transversale et pour l'exécuter, nul instrument ne vaut des ciseaux courbes, forts et coupant bien.

Dans beaucoup de cas, lorsque la tranche vaginale est coupée la collection purulente, qui ne lui adhère pas, n'est point ouverte, et c'est ici qu'éclate la supériorité de cette méthode sur les procédés à trocart. On agit ici, en effet, en voyant ce que l'on fait, et si la profondeur à laquelle on opère, si le sang qui s'écoule cache le fond de la plaie, on peut, avec le doigt enfoncé dans le cul-de-sac postérieur, explorer, contrôler, s'assurer de la situation de la poche, de son éloignement ou de sa proximité, de sa consistance et de son volume, en s'aidant, ce qui est capital, du palper abdominal fait avec la main restée libre et qui déprime le ventre à travers une compresse stérilisée, qui protège la main de toute souillure.

Si l'incision du cul-de-sac postérieur ne paraît pas suffisante, rien n'est plus facile que de l'agrandir, soit avec le doigt, soit avec les mors d'une pince que l'on écarte à son gré, soit encore avec les ciseaux. Mais il vaut mieux, à ce moment, déchirer la paroi vaginale que de la sectionner franchement. On s'approche en effet, de la zone latérale et des branches de l'utérine qu'il vaut mieux rompre que trancher, pour éviter l'hémorragie. On peut avoir ainsi une plaie de plusieurs centimètres de large

dans laquelle on introduit une longue valve en arrière, devant le rectum, et au besoin une valve semblable en avant, derrière l'utérus. Mais ces deux valves sont en général encombrantes, et la valve postérieure suffit, pourvu qu'elle soit assez large, pendant que la pince qui mord sur le col, attire l'utérus en avant et en bas.

On peut alors explorer largement le cul-de-sac de Douglas.

Fig. 61.
Collection purulente faisant saillie dans le cul-de-sac postérieur (demi-schématique).

et terminer l'opération en se fiant le moins possible au hasard pour l'ouverture des poches purulentes.

Cette ouverture se produit, suivant les cas, dans des conditions bien différentes.

Dans le cas type, dont j'ai parlé plus haut, nous avons vu qu'on peut l'ouvrir directement. Il en est ainsi dans les collections purulentes qui se développent dans le fond du cul-de-sac de Douglas et qui constituent alors des pelvi-péritonites enkystées, dans certaines hématocèles suppurées, dans de grosses salpingites à parois minces remplissant le Douglas et

adhérentes au vagin, si bien que du premier coup de ciseaux on peut trancher à la fois le vagin et la paroi de la trompe abcédée (fig. 61, 62).

Il en est également ainsi dans certains abcès pelviens développés dans le tissu cellulaire qui entoure les vaisseaux, et qui sont directement accolés au vagin sans interposition d'une paroi propre comme celle des salpingites. Mais les tumeurs formées par ces abcès ne sont pas exactement médianes. Elles empiètent à la fois sur le cul-de-sac latéral et le cul-de-sac postérieur. On est donc conduit, dans ces circonstances, à faire son incision vaginale un peu sur le côté.

En dehors de ces cas dans lesquels le pus est situé immédiatement au contact de la paroi vaginale et s'écoule au dehors presque au premier coup de ciseaux, il en est beaucoup d'autres dans lesquels les choses ne se passent pas aussi simplement. Quelquefois on voit s'écouler une certaine quantité de liquide séreux, et dans les parois lisses de la poche qu'il remplissait on reconnaît le péritoine. Ce n'est que plus haut, formant en général la voûte de la cavité qu'on vient de vider, qu'on aperçoit ou qu'on sent une poche. Ces cas correspondent en général à des salpingites qui ont déterminé autour d'elles et surtout au-dessous d'elles une exsudation séreuse assez abondante accumulée dans le cul-de-sac de Douglas. Le liquide qui s'écoule peut être parfois séro-purulent et faire croire qu'on a ouvert la poche malade, alors qu'en réalité on n'a ouvert qu'une collection secondaire déterminée par sa présence.

Il faut donc toujours, avant de terminer son opération, s'assurer par le palper bimanuel, qu'aucune poche ne reste à ouvrir. Cela est d'ailleurs assez facile, et les sensations sont en général assez claires lorsque les doigts introduits par la brèche vaginale se trouvent directement au contact des poches que l'on veut explorer.

Dans d'autres cas, on peut se trouver dans le péritoine absolument libre. La vue et le toucher permettent alors de se rendre compte de la situation exacte de la collection purulente qui, dans ces conditions, sera pour ainsi dire toujours renfermée dans la trompe.

Assez souvent enfin, les doigts introduits par la plaie vaginale derrière l'utérus se perdent dans des adhérences plus ou moins épaisses, saignant assez facilement, et dans lesquelles il peut être difficile de se reconnaître. Il faut faire attention, dans ces conditions, à bien rester derrière l'utérus et à reconnaître sa face postérieure, sans aller s'égarer dans le ligament large, où les doigts, dilacérant le tissu cellulaire, perdent toute sensation nette, ne sentent plus les poches purulentes dont ils sont séparés par une certaine épaisseur de tissu sain — ou tout au moins les sentent mal, et peuvent produire d'inutiles désordres. C'est encore, dans ces conditions, le toucher bimanuel qui permettra au chirurgien de se reconnaître, de se rendre un compte aussi exact que possible de la situation de la poche qu'il cherche, et de l'ouvrir.

On peut ainsi atteindre des poches situées très haut, au niveau des cornes utérines, et comme le doigt a cheminé doucement jusqu'à elles le long de l'utérus, depuis la tranche vaginale, il est évident que l'opération ainsi conduite est beaucoup moins aveugle que lorsqu'on l'exécute à la manière de Laroyenne.

Pour ouvrir la poche, dès qu'on l'aura reconnue, il faut la faire fixer solidement par un aide ou la fixer soi-même en déprimant la région hypogastrique. Il faut ici proscrire les instruments aigus ou tranchants. Et comme il faut faire une ouverture aussi large que possible pour assurer un bon drainage, l'instrument le meilleur est à mon avis une pince ordinaire, un clamp légèrement courbe qu'on enfonce dans la poche en la crevant et dont on écarte les mors dès qu'on y a pénétré (fig. 62). On arrive ainsi, en agrandissant l'ouverture, à assurer un écoulement facile du pus. Il ne faut pas croire que cette manœuvre soit toujours facile. Très simple dans les poches volumineuses et à parois minces, elle l'est beaucoup moins dans les poches petites et à parois épaisses, qui fuient devant l'instrument mousse. C'est dans ces conditions que je serais assez disposé à me servir de la pince trocart de Chaput dont l'extrémité plus aiguë permet de pénétrer facilement à

travers une paroi épaisse qui fuit devant une pince ordinaire.

Parfois on peut ouvrir la poche avec une sonde cannelée assez longue à laquelle on peut donner des coudures appropriées à la situation particulière de la collection purulente. Malheureusement la sonde cannelée ne fait qu'un orifice

Fig. 62.
Ouverture d'une poche purulente rétro-utérine.

insuffisant et il faut, pour agrandir l'ouverture, la remplacer par une pince dont on écarte les mors. Mais l'introduction de cette pince est souvent difficile, car on peut fort bien ne pas retrouver la brèche faite par la sonde cannelée, et il faut alors en faire une seconde avec la pince elle-même. C'est pourquoi je pense qu'il est en général préférable de commencer par employer la pince.

Lorsque la poche est ouverte, il faut s'assurer qu'il n'en existe pas d'autres, qu'on ouvrirait de même. On peut ainsi déchirer des cloisons qui séparent des collections voisines ou même rencontrer une poche éloignée, située, par exemple, du

côté opposé à la première, et c'est seulement lorsqu'on croit avoir ouvert toutes les collections qu'il est permis de s'arrêter.

Mais l'opération n'est pas terminée. Il faut encore assurer un large drainage, et la chose n'est pas toujours facile. Il est, en effet, indispensable, pour éviter les récidives à la suite d'une oblitération prématurée de l'incision vaginale qui a une grande

Fig. 63.
Drain en croix mis en place.

tendance à se fermer rapidement, d'établir un drainage prolongé, et, pour y parvenir, de fixer soigneusement le drain jusqu'au fond de la poche ouverte. Rien n'est, en effet, plus difficile que de remettre en place ces drains une fois qu'ils ont été expulsés, ce qui est très fréquent. Aussi a-t-on fait construire divers modèles de drains, parmi lesquels les drains en croix me paraissent les plus pratiques. Ils tiennent beaucoup mieux que les autres. Il peut même être prudent de fixer le drain par un catgut à la lèvre postérieure du col, ce qui assure pendant plusieurs jours la régularité du drainage (fig. 63).

Avant de terminer son opération il est bon d'inspecter la tranche vaginale incisée, qui peut donner du sang, surtout sur les parties latérales. Si l'on voyait le sang sourdre avec une certaine abondance, on l'arrêterait par une pince à demeure. Quant au suintement sanguin souvent assez copieux qui vient de la région rétro-utérine dans laquelle l'exploration a produit des désordres parfois assez étendus, un tamponnement soigné avec de la gaze iodoformée ou stérilisée, suffira à l'arrêter.

Cette gaze doit être enlevée au bout de deux jours. Les lavages sont en général inutiles. On ne les emploiera que pour nettoyer la poche et entraîner le pus au cas où l'écoulement semblerait se faire d'une façon insuffisante.

Le drain doit être maintenu assez longtemps.

Dans certains cas, d'ailleurs rares, de collections antérieures, l'ouverture peut se faire par le cul-de-sac antérieur. L'opération est plus délicate : il faut, en effet, après avoir incisé le vagin en avant, décoller prudemment la vessie de la face antérieure de l'utérus, comme dans une hystérectomie vaginale. On atteint ainsi le cul-de-sac péritonéal antérieur, derrière lequel on trouvera la collection purulente qu'on effondrera avec une pince et qu'on drainera largement. Cette intervention est assez délicate, mais moins difficile qu'on ne pourrait le croire au premier abord, parce qu'on ne l'emploie guère que pour des collections volumineuses.

Telle est cette opération. Les accidents qu'elle peut entraîner sont : l'*hémorragie*, dont il est en général facile de se rendre maître par le tamponnement; la *blessure de l'uretère*, tout à fait exceptionnelle, et surtout la *blessure du rectum*, moins rare, mais qui se termine heureusement presque toujours, à moins d'ouverture très large, par la guérison spontanée. Il est évident qu'il est également possible dans les collections haut situées, de blesser l'*intestin grêle*. Enfin, si le drainage se fait mal, on peut voir survenir du côté du petit bassin, et même du péritoine, des *complications infectieuses* parfois graves, mais contre lesquelles nous ne sommes pas désarmés et qu'une

hystérectomie vaginale immédiate suffit à arrêter net. Mais tous ces accidents sont, en somme, exceptionnels et ne sauraient être mis en balance avec la bénignité ordinaire de cette opération.

Car c'est une opération vraiment bénigne. Rosenblat, sur une statistique de 331 cas, trouve seulement 5 morts, soit seulement 1,7 p. 100. Encore ces morts ne sont-elles pas toutes imputables à l'opération. Il est en tous cas absolument certain, sans qu'il y ait besoin pour le démontrer de compulser des statistiques toujours incomplètes et par conséquent toujours fausses, que c'est une opération beaucoup moins sérieuse que la laparotomie et que l'hystérectomie vaginale.

C'est enfin une opération efficace. Il ne saurait y avoir de doute sur ce point. On lui a longtemps reproché de donner lieu à des fistules et d'être suivie de récidives presque constantes : cela est faux. Les guérisons absolues et définitives sont très nombreuses et les fistules et les récidives, qui ont été, en effet, souvent notées, sont dues souvent à ce que l'incision du cul-de-sac a été employée dans des cas où elle n'était pas parfaitement indiquée. Nous aurons tout à l'heure à déterminer quels sont ceux où on doit la mettre en pratique. Mais ce qu'il y a de certain c'est que, lorsqu'on l'emploie dans des cas favorables, la guérison complète est la règle.

Veut-on quelques chiffres : Gouilloud a revu 16 malades complètement guéries, Howard Kelly, sur 65 cas a 32 guérisons, Reynier 20 sur 56, Hartmann 19 sur 23, Mangin sur 35 cas d'infections graves a eu 32 guérisons et 91 sur 122 cas d'infections légères. Moi-même, j'en ai un certain nombre que j'ai vus et revus. Vincent parle de 80 guérisons durables, Rodriguez dans sa thèse de 1895 rapporte 27 cas de Tuffier avec 20 guérisons persistantes, et Morely sur les 34 cas de Chaput a retrouvé 19 femmes définitivement guéries.

Ce sont là des chiffres éloquents, surtout si l'on songe que cette opération, tout en ne faisant courir aux malades que des risques très faibles, n'empêche pas plus tard, en cas de récidive, de recourir à l'hystérectomie vaginale, ou à la laparotomie, opérations complémentaires qui ont été assez souvent

nécessitées par la persistance des accidents, et qui d'ailleurs sont en général facilitées et rendues moins graves par l'amélioration locale que l'incision du cul-de-sac a généralement produite. En sorte que, si cette opération a guéri très souvent des malades gravement atteintes, elle semble ne leur avoir nui que très rarement.

Elle présente sur les autres opérations et en particulier sur l'hystérectomie un dernier avantage. C'est une opération conservatrice et les grossesses survenues après elle sont loin d'être rares, Mangin seul en a recueilli 29, et j'en ai un cas personnel.

Voilà donc une opération simple, bénigne et efficace que l'on peut opposer à une affection aussi grave que le sont d'ordinaire les suppurations pelviennes. Comment donc se fait-il qu'elle soit à ce point méconnue, qu'elle ait des adversaires et que l'accord ne se soit pas fait sur elle, parmi les chirurgiens, unanime et définitif.

Cela tient d'abord à ce que les opérations plus radicales ont donné de si merveilleux résultats que la plupart des chirurgiens ont une tendance bien naturelle à étendre leurs indications plutôt qu'à les restreindre. Cela tient ensuite à ce que l'incision du cul-de-sac postérieur a donné bien souvent lieu à des fistules et à des récidives qui ont rebuté et découragé les opérateurs qui avaient eu recours à elle. Ces fistules et ces récidives sont, en effet, assez communes, lorsqu'on tente de guérir par la simple incision des lésions qui sont justiciables d'une opération plus complète.

C'est qu'en effet la simple incision vaginale ne peut avoir la prétention de tout guérir. Il y a bien des cas dans lesquels la seule évacuation du pus ne suffit pas et lorsqu'on se trouve en présence de lésions anciennes des annexes avec altérations profondes des parois, adhérences épaisses, parfois infiltrées de pus, collections multiples, développées jusque dans l'ovaire, poches à parois rigides et dans l'impossibilité de s'affaisser et de revenir sur elles-mêmes, toutes lésions qui sont en somme assez fréquentes, il est bien certain qu'il vaudra mieux faire

une extirpation complète, qui seule pourra conduire à la guérison.

De même, lorsque les lésions sont haut situées, très éloignées du cul-de-sac vaginal, inaccessibles par cette voie sous peine d'accidents opératoires sérieux et de blessures des organes voisins, lorsqu'elles sont bilatérales, comme il arrive souvent dans les cas de salpingites doubles étendues de la corne utérine à la paroi pelvienne, vers le détroit supérieur, lorsqu'enfin, ce qui est également fréquent, on aura un doute quelconque sur la nature exacte des lésions que l'on constate, il faudra, de parti pris, renoncer à l'incision simple, qui finirait dans ce cas par avoir plus d'inconvénients que d'avantages.

En revanche, et la plupart des chirurgiens sont aujourd'hui d'accord sur ce point, il est des cas où elle est nettement indiquée. Ce sont les collections *bas situées* faisant saillie dans le cul-de-sac postérieur ou tout au moins situées non loin de sa paroi. Ce sont surtout les collections *aiguës*. Celles-ci, qui sont de véritables abcès chauds du tissu cellulaire lorsqu'elles sont situées dans la gaine hypogastrique, doivent être traitées comme des abcès chauds ordinaires qu'un coup de bistouri suffit à guérir. Lorsque ces collections aiguës sont situées dans la trompe, ce qu'il est d'ailleurs très difficile de déterminer exactement, ce sont des abcès chauds de la trompe, développés rapidement, et qui ne s'accompagnent pas de lésions bien profondes de cet organe. Dans ces conditions, ils auront de très grandes chances de guérir par la simple ouverture. D'autre part, les lésions récentes sont en général très virulentes. Or, si elles sont unilatérales, ce qui contre-indique absolument, à moins de phénomènes menaçants, l'hystérectomie vaginale, il ne reste pour les opérer que la laparotomie qui devient dangereuse, du fait même de la virulence de la collection. Il vaut donc beaucoup mieux, dans ces cas, ouvrir la collection par en bas, quitte à pratiquer ultérieurement par la laparotomie l'extirpation unilatérale des annexes, si par hasard l'incision simple n'a pas suffi à amener la guérison.

L'incision vaginale est également indiquée dans les *poussées aiguës* qui peuvent compliquer les lésions chroniques. Sans

doute, celles-ci sont souvent justiciables de l'hystérectomie vaginale immédiate, qui n'entraîne que de très faibles chances d'infection péritonéale, mais cette opération peut être excessive quand les lésions sont unilatérales. Une incision de la collection suppurée fait tomber la fièvre, permet à la malade de se remonter et de supporter plus facilement ensuite une opération radicale si elle paraît nécessaire, et les cas ne sont pas rares où elle sera inutile, l'incision simple ayant suffi à guérir tous les accidents.

Je ne crois pas cependant, à l'inverse de la plupart des auteurs et en particulier de Leguec, de Richelot, que cette règle doive être appliquée aux suppurations aiguës et diffuses qui suivent l'*infection puerpérale*, sous le prétexte que la friabilité de l'utérus rend, dans ces conditions, l'hystérectomie vaginale impraticable.

Il est certain que, si l'hystérectomie peut être faite, il faut la faire. C'est l'utérus qui est infecté dans toute son épaisseur, il y a presque toujours des poches multiples, et il faut un large drainage. L'hystérectomie seule permet de supprimer le foyer utérin, d'ouvrir toutes les poches et de drainer au maximum. Or, et je l'affirme pour l'avoir faite plusieurs fois dans ces conditions, l'hystérectomie vaginale, malgré la friabilité de l'utérus, est parfaitement exécutable. Mais il faut, pour abaisser l'utérus, renoncer à se servir de pinces à griffes. De larges pinces à plateaux, comme les pinces à kystes de Nélaton, permettront de faire sur le tissu utérin des prises puissantes et de mener à bien l'opération. Je suis convaincu que dans ces cas redoutables et souvent désespérés, cette opération radicale aura des chances beaucoup plus sérieuses que la simple colpotomie de rendre à la vie des malades perdues sans retour.

En résumé, et c'est par là que je terminerai cette discussion déjà trop longue, l'incision vaginale est une excellente opération et qui donne très souvent des guérisons radicales et définitives quand on l'applique aux cas pour lesquels elle est indiquée.

On l'emploiera avant toute autre opération dans les suppura-

tions aiguës, abcès pelviens du tissu cellulaire — pour lesquels il constitue même une opération exclusive, — collections enkystées de la cavité de Douglas ou de la trompe faisant saillie dans le cul-de-sac postérieur ou facilement accessibles par ce cul-de-sac, surtout lorsque ces collections sont uniques. On l'emploiera enfin dans les suppurations aiguës venant compliquer une affection chronique et qui répondent aux conditions anatomiques que je viens de résumer.

Les suppurations pelviennes ont été abordées par d'autres voies. La *voie sacrée*, employée par WIEDOW, qui avait déjà conseillé l'incision vaginale en deux temps me semble détestable.

J'en dirai autant de la *périnéotomie verticale* de HEGAR et SANGER, qui vont chercher la collection à travers la fosse ischio-rectale et le releveur de l'anus, et de la *périnéotomie transversale* de ZUCKERKANDL, qui incise le périnée d'un ischion à l'autre et pénètre dans le cul-de-sac de Douglas en dédoublant sur toute sa hauteur la cloison recto-vaginale. Ces divers procédés me paraissent compliquer et aggraver bien inutilement une opération simple et bénigne.

Dans quelques cas exceptionnels, le pus peut se diriger vers la paroi abdominale, au niveau de laquelle une simple incision pourra l'évacuer. On peut même aller le chercher assez profondément dans le bassin en décollant le péritoine de la fosse iliaque par une incision de 8 à 10 centimètres située un peu au-dessus de l'arcade crurale et assez analogue à l'incision que l'on fait pour la ligature des vaisseaux iliaques. C'est cette opération, dont les indications me paraissent assez rares, que POZZI a baptisée du nom peut-être un peu ambitieux de *laparotomie sous-péritonéale*. Cela ressemble beaucoup à l'ancienne incision du phlegmon de la fosse iliaque. POZZI déclare d'ailleurs lui-même que cette opération, qu'il a décrite alors qu'on connaissait mal la disposition des abcès tubaires, et qui avait pour but d'ouvrir des collections assez profondes sans intéresser le péritoine, n'a plus que des indications tout à fait exceptionnelles, depuis que nous savons que les abcès tubaires sont énucléables et qu'il vaut mieux, lorsqu'on opère

par voie haute, les extirper complètement que se borner à les ouvrir.

EXTIRPATION DES ANNEXES

La découverte de Lawson Tait en 1872, fut le point de départ d'une révolution dans la thérapeutique des suppurations annexielles, et, dès que l'on sut que les trompes malades pouvaient être extirpées, les chirurgiens entrèrent de toutes parts dans la voie qui venait d'être ouverte.

L'extirpation des salpingites, la *salpingectomie*, est une opération universelle, et bien qu'on tende aujourd'hui à la remplacer, ou plutôt à la compléter par l'hystérectomie, elle restera toujours, ne fût-ce que dans les cas de lésions unilatérales, une opération dont les indications seront extrêmement fréquentes.

Les annexes peuvent être extirpées de deux façons, soit directement, après laparotomie, soit en passant par le vagin, par la taille d'un des culs-de-sac. A vrai dire, la voie vaginale n'est suivie que tout à fait exceptionnellement. J'en veux cependant parler, car il est des cas dans lesquels il peut être avantageux de s'en servir.

SALPINGECTOMIE VAGINALE

C'est Gaillard Thomas qui, en 1887, posa le premier les règles de cette opération reprise bientôt après par Byford, et en France par Péan, Bouilly, Terrillon, Picqué. Il n'est guère de chirurgien qui ne l'ait exécutée, mais presque toujours d'une façon exceptionnelle. Dürrhsen, Le Dentu, Pichevin, ont récemment modifié cette opération en proposant de passer par le cul-de-sac antérieur.

Le manuel opératoire de la salpingectomie vaginale est assez simple, au moins en théorie.

Le plus ordinairement, on passe en arrière de l'utérus. Après avoir largement incisé le cul-de-sac postérieur, tout en abaissant l'utérus, on explore le cul-de-sac de Douglas, et on va à la recherche des annexes. Il faut introduire par l'incision

une longue valve qui refoule en arrière la paroi vaginale postérieure et le rectum qu'elle protège en même temps. L'application de cette valve donne beaucoup de jour. Il est des cas, et j'en ai rencontrés, dans lesquels les trompes prolabées sont vraiment très faciles à trouver et à saisir avec des pinces appropriées, dont les meilleures sont, à mon sens, des pinces à mors en forme d'anneau allongé. Lorsque les adhérences des annexes malades aux parties voisines, et en particulier à l'intestin sont légères et se laissent facilement déchirer, il peut être très simple d'amener progressivement les annexes, jusqu'à ce qu'on puisse placer sur leur pédicule une à deux pinces à mors courts et forts. Il suffit alors, pour les enlever, d'un coup de ciseaux donné sur leur pédicule.

Fig. 64.

Salpingectomie postérieure.

L'utérus est basculé en arrière et les annexes droites ont été attirées au dehors.

Mais dans l'immense majorité des cas, les choses ne se passent pas aussi simplement.

D'abord il y a souvent, en arrière de l'utérus, des adhérences qui saignent et empêchent de voir quoi que ce soit. Mais comme cette hémorragie est en général légère et cède vite à un tamponnement, on peut presque toujours parvenir à voir à peu près clairement dans l'incision. Mais on ne voit pas toujours pour cela les annexes un peu haut placées et retenues par des adhérences, alors que l'utérus descend sous l'influence des tractions exercées sur lui. On est alors obligé de faire basculer l'utérus en arrière (fig. 64) pour saisir l'insertion des annexes sur la corne utérine. Et lors même qu'on

aperçoit les annexes, qu'il est ordinairement, vu leur profondeur, difficile d'énucléer avec les doigts, il est souvent très malaisé de les avoir. Elles se déchirent, s'effritent, non sans donner du sang; parfois une poche purulente située dans leur intérieur, se crève et une certaine quantité de pus vient souiller et obscurcir le champ opératoire. Bref, on se trouve en présence de toutes sortes de difficultés qui font qu'en somme il est rarement possible d'enlever les annexes d'une façon complète.

Il est certain que, lorsqu'on y parvient, l'opération est très satisfaisante, car une fois le pédicule pincé et les annexes enlevées, l'opération est pour ainsi dire terminée. On tamponne la plaie avec une mèche de gaze. La pince est enlevée le deuxième jour, la mèche le cinquième ou le sixième, et tout est dit. Après une opération semblable les accidents sont extrêmement rares. Il est bien évident que, si on ouvre une poche purulente qu'on ne puisse extirper, on drainera largement. Mais il ne s'agit plus alors d'une salpingectomie véritable, et l'on n'a fait qu'une simple incision de la collection purulente, une colpotomie ordinaire.

Dürrhsen conseille d'enlever les annexes en passant par le cul-de-sac antérieur. Après avoir fait une incision transversale, il décolle le vagin, ouvre le cul-de-sac péritonéal, abaisse peu à peu l'utérus, soit avec des pinces, soit avec des fils qu'il passe dans sa paroi antérieure et arrive ainsi jusqu'au fond de l'organe, au niveau du pédicule annexiel. Il ne s'agit plus que d'attirer les annexes malades en les séparant, autant que possible, avec les doigts, des tissus voisins auxquels elles peuvent adhérer. Comme le pédicule est ici pour ainsi dire hors de la vulve, il est en général possible de l'étreindre par une ligature. Si on ne peut en placer une solide, on se contentera d'une pince à demeure. Mais, dans le cul-de-sac antérieur, celle-ci est moins bien supportée que dans le cul-de-sac postérieur et elle a l'inconvénient de pouvoir blesser la vessie.

Le Dentu et Pichevin ont amélioré ce procédé en adoptant l'incision de Mackenrodt, comme pour la vagino-fixation. Cette incision qui est longitudinale, médiane, s'étend sur la plus

grande partie de la paroi antérieure du vagin, depuis le tubercule antérieur, jusque près du col. Par cette incision, le vagin est décollé, le cul-de-sac péritonéal ouvert, l'utérus et les annexes sont attirés hors de la vulve. C'est là un perfectionnement important, car cette incision médiane donne beaucoup plus de jour que l'incision de Dürrhsen, d'autant plus qu'on peut au besoin l'agrandir encore par des débridements transversaux. Par ce procédé, on y voit donc relativement fort bien et, en tirant sur l'utérus qu'on fait basculer en avant (fig. 65), on amène les annexes sans avoir à tirer sur elles, avantage sérieux sur la voie postérieure dans laquelle l'utérus est beaucoup plus difficile à faire basculer, si bien qu'on est obligé, pour abaisser les annexes, de les saisir et de les attirer directement, au risque de les déchirer.

Fig. 65.
Salpingectomie antérieure.

Mais, par contre, ce procédé a des inconvénients. Il expose davantage à la blessure de la vessie et des uretères, qui cependant est assez rare pour qu'on puisse n'en pas tenir compte. Il y en a un plus grave, qui tient à la situation ordinaire des annexes malades. Celles-ci sont presque toujours plus ou moins prolabées dans le cul-de-sac postérieur, et dès lors il est souvent difficile de les faire passer en avant de l'utérus, par une manœuvre qui nécessite des tractions souvent assez énergiques pour déchirer les organes et provoquer des ennuis de toute sorte.

C'est pourquoi je pense que la voie postérieure sera plus

généralement indiquée. On ne choisirait la voie antérieure que si on avait en même temps l'intention, en cas de rétroflexion, de pratiquer une vagino-fixation. De même si, au cours d'une vagino-fixation, on apercevait des annexes malades, on en profiterait pour les enlever.

Telle est cette opération. Lorsque les circonstances sont favorables, elle est très simple, très bénigne et c'est, pour ainsi dire, l'opération idéale.

Que peut-on concevoir en effet de meilleur et de plus simple que d'enlever par exemple une trompe malade par une simple incision du cul-de-sac postérieur ? Il n'y a ni cicatrice abdominale, ni éventration consécutive possible, et les chances d'infection sont réduites à leur minimum, parce qu'on n'entre pour ainsi dire pas dans le ventre, et que, si les annexes infectées ont été ouvertes, le drainage se fait de lui-même.

Malheureusement les cas sont tout à fait rares dans lesquels les choses se passent aussi simplement. Dès que les annexes sont sérieusement malades et que leur extirpation est indiquée, il y a presque toujours des adhérences sérieuses avec les organes voisins et en particulier avec le rectum et l'intestin. Or il est absolument impossible de se rendre compte de la situation et de la résistance de ces adhérences autrement que par l'examen direct, impossible par la voie vaginale. Dans l'incertitude où l'on est, dans l'impossibilité d'effectuer des tractions sérieuses de peur de déchirer l'intestin, on déchirera la plupart du temps les annexes qui viendront par lambeaux et seront enlevées dans des conditions aveugles et en somme bien moins satisfaisantes que par la laparotomie.

D'autre part, si les lésions sont bilatérales, l'extirpation des annexes par le vagin n'a plus de raison d'être et c'est à l'hystérectomie qu'il faut avoir recours.

L'extirpation vaginale des annexes n'est donc discutable que dans les cas de lésions unilatérales, à condition que ces lésions soient simples, ce qui est la plupart du temps impossible de savoir exactement. Dans le doute, mieux vaut la laparotomie qui peut se terminer soit par l'extirpation des annexes d'un seul

côté, si la lésion est simple, soit par l'extirpation bilatérale ou mieux encore l'hystérectomie abdominale si la lésion est double.

Les *indications* de la salpingectomie vaginale sont donc exceptionnelles. Elles peuvent cependant se présenter. Il n'est pas très rare de rencontrer d'un seul côté des annexes douloureuses, mobiles, prolabées dans le cul-de-sac postérieur où il est facile de les sentir. Dans ces conditions l'extirpation par la voie vaginale me paraît parfaitement acceptable et peut même, si l'on est bien sûr de la mobilité de la tumeur, être considérée comme l'opération de choix.

Il est cependant une circonstance qui fait que, malgré tout, cette opération se pratique assez fréquemment. Il n'est pas rare d'ouvrir le cul-de-sac postérieur pour aller à la recherche de quelque suppuration qu'on croit devoir ouvrir par le vagin. Il n'est pas rare non plus, croyant se trouver en présence d'une annexite double, d'ouvrir le cul-de-sac postérieur comme premier temps d'une hystérectomie vaginale. Mais on peut se tromper et rencontrer, au lieu de la collection purulente que l'on pensait ouvrir, une salpingite peu adhérente et assez facile à extirper, ou bien encore au lieu des lésions bilatérales en vue desquelles on voulait sacrifier l'utérus, des lésions unilatérales qui contre-indiquent l'hystérectomie. Il est alors tout naturellement indiqué d'enlever la trompe malade et dans ces conditions la salpingectomie vaginale, bien que n'étant, en somme, qu'une opération de circonstance, n'en sera pas moins la meilleure.

SALPINGECTOMIE ABDOMINALE

L'extirpation des annexes par la laparotomie, qui a provoqué pendant près de vingt ans l'enthousiasme universel, est à bon droit nommée l'opération de Lawson Tait qui, en 1872, fut le premier à la pratiquer et à en préciser les indications. Terrillon, Terrier, Bouilly, Pozzi, furent parmi les premiers à l'introduire en France où elle a été depuis, et par tous les chirurgiens, pratiquée un nombre incalculable de fois. Mais

dans ces dernières années, lorsque, sous l'impulsion de Péan, de Segond et d'un grand nombre d'autres chirurgiens, cette conviction commença à se faire dans l'esprit de beaucoup d'opérateurs que, lorsque les annexes des deux côtés sont malades, mieux vaut en même temps sacrifier l'utérus, la salpingectomie simple fut peu à peu abandonnée pour l'hystérectomie vaginale ou abdominale, et il semble qu'elle soit destinée à perdre de plus en plus de terrain.

Il n'en est pas moins vrai qu'il est un cas dans lequel elle conservera toujours des indications et restera toujours l'opération idéale, c'est celui dans lequel les annexes ne sont malades que d'un seul côté. Dans ces conditions il ne saurait être question de sacrifier l'utérus et l'extirpation simple des annexes conserve tous ses droits. Or comme ces cas sont, en somme, très fréquents, la salpingectomie reste encore une des opérations les plus communes de la chirurgie abdominale.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

Avant tout, il ne faut jamais entreprendre une laparotomie pour extirpation des annexes sans se servir du *plan incliné*. Cette méthode si simple est certainement le plus grand perfectionnement qui ait été apporté à la chirurgie pelvienne dans ces dernières années. Elle a révolutionné la technique des opérations sur l'utérus et ses annexes, et j'avoue avoir vu avec un certain étonnement dans le livre pourtant si documenté de Pozzi, qu'on ne doit se servir du plan incliné ou plutôt de la position déclive de Trandelenburg que « dans des cas exceptionnels[1] ». Je m'étonne également de voir, dans le même livre et dans la même phrase, le même chirurgien avancer que « si le toucher ne fournit pas des indications suffisantes ou si l'on craint de s'en rapporter à lui seul, il peut être nécessaire de s'aider de la vue ». Il faut *toujours* s'aider de la vue et le meilleur moyen de bien faire est de bien voir ce que l'on fait. Si le distingué chirurgien de l'hôpital Broca peut se passer de ce secours indispensable à tant d'autres,

[1] Pozzi. Traité de Gynécologie, 3e édit., 1897, p. 731.

cela tient certainement à la très grande habitude qu'il a de ces sortes d'opérations. Mais tous les chirurgiens n'en sont pas là, et l'utilisation de la position déclive doit être pour tous, sans exception, une règle absolue.

Delagénière nous a donc rendu un grand service en faisant

Fig. 66.
Éclairage du bassin en position horizontale.
Le fond du bassin reste dans l'ombre.

connaître en France, en 1891, cette méthode vraiment excellente, et qui est aujourd'hui, pour ainsi dire, universellement adoptée.

Mais pour retirer de l'emploi du plan incliné tous les avantages qu'il peut donner, il faut que l'inclinaison soit très considérable. Plus la situation de la malade se rapproche de la verticale, plus les opérations intra-pelviennes deviennent faciles. L'inclinaison du plan doit atteindre ou dépasser 45°. Les malades ne sont pas sensiblement plus incommodées par cette déclivité que par une inclinaison moins accentuée, et l'opération s'en trouve singulièrement facilitée. Si la respiration et la circulation de quelques malades, qui sont d'ailleurs relativement rares, s'accommodent mal de la position déclive, il est toujours temps de les replacer dans la position horizon-

tale, qui fait disparaître les troubles, et dans laquelle on peut continuer l'opération. Il est alors facile, sur la même malade, de se rendre compte des avantages de la position de TRANDELENBURG. Dès que la malade est revenue à la position horizontale, les difficultés s'accumulent et les manœuvres opératoires

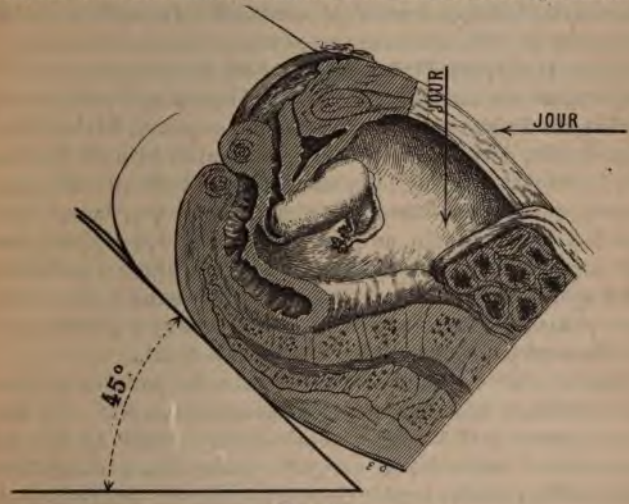


Fig. 67.
Éclairage du bassin en position déclive.
Le fond du bassin est en pleine lumière.

qui semblaient les plus simples à exécuter deviennent immédiatement très difficiles, ou même impraticables.

Les avantages du plan incliné sont multiples. Le premier et le plus grand consiste dans l'éclairage parfait de l'intérieur de la cavité pelvienne. On y voit mieux ainsi dans une salle éclairée d'une simple fenêtre qu'on n'y voit dans une salle vitrée de toutes parts y compris le plafond, lorsque la malade est couchée horizontalement sur la table. Dans cette situation, en effet, le pubis projette toujours sur le fond du bassin une ombre qu'on ne peut vaincre qu'avec un éclairage artificiel, une lampe électrique mobile, par exemple, qu'on peut diriger en

tous sens. Le jour que donne une baie latérale arrive au contraire directement dans le fond du bassin lorsque la malade est couchée sur un plan fortement incliné (fig. 66 et 67). Voilà l'avantage capital.

Il en est un second et presque aussi important. Les intestins autrefois si gênants, qui venaient constamment remplir le champ opératoire et qu'il fallait sans cesse repousser, non sans inconvénients et risques d'infection, tombent d'eux-mêmes vers le diaphragme en abandonnant le petit bassin qui reste ainsi, sauf en cas d'adhérences, libre et facile à explorer. Et rien n'est plus simple, lorsque les intestins ont quitté le petit bassin, que de les maintenir au loin, en accumulant sur eux des compresses qui les empêchent de remonter, et qui, lorsqu'elles sont disposées avec soin, ce qui est une précaution capitale, isolent complètement le paquet intestinal des organes pelviens.

On opère donc ainsi dans une cavité pelvienne isolée, vide, libre et bien éclairée, et ce sont là des avantages que ne contrebalancent pour ainsi dire aucun inconvénient.

Ceux-ci sont en effet peu importants. La position déclive gêne certaines malades, qui se congestionnent, respirent ma- et présentent parfois des phénomènes inquiétants. Le fait est rare, mais il existe. On en est quitte alors, si la prolongation de la position déclive semble risquer de produire des accidents, pour terminer l'opération dans la position horizontale.

Le reproche le plus sérieux qu'on ait fait à la position déclive, c'est qu'elle facilite l'infection péritonéale, au cas où une poche purulente viendrait, ce qui est assez commun, à se rompre pendant les manœuvres de décortication. Le pus tend alors à s'écouler vers le diaphragme et à venir souiller les intestins, au risque d'y provoquer des accidents d'infection mortelle. Il est certain que cet accident peut arriver. Il est non moins certain qu'il est rare et que l'infection péritonéale est fort peu à craindre si l'on prend le soin de bien isoler avec des compresses tout le paquet intestinal. Mais il faut que cet isolement soit absolu. Il est d'ailleurs presque toujours facile à réaliser. Il faut avoir à sa disposition un bon nombre de compresses stérilisées, soit en toile, soit, ce qui vaut mieux, en gaze à huit

ou dix doubles, plus souple et plus plastique. Ces compresses sont accumulées sur les intestins qui doivent être complètement refoulés et qu'on ne doit pas voir pendant l'opération. Chacune d'elles doit être maintenue avec une pince, afin de ne pouvoir être oubliée. Elles doivent d'ailleurs être assez grandes pour que trois ou quatre suffisent à protéger les intestins. Si, au cours de l'opération, les compresses les plus superficielles viennent à être souillées par le pus, on les change ou on les recouvre immédiatement par des compresses propres.

Dans ces conditions l'isolement de la cavité pelvienne et de la masse intestinale qui remplit la grande cavité péritonéale est presque absolu ou du moins suffisant, car les accidents d'infection attribuables à l'inoculation directe de la grande séreuse sont en réalité exceptionnels.

Bref, le plan incliné n'a que des avantages, et on peut affirmer que c'est son adoption générale qui a permis de pousser aussi loin qu'on l'a fait dans ces derniers temps la perfection de la technique de la chirurgie intra-pelvienne, et de voir s'abaisser dans des proportions inconnues jusqu'alors les risques qu'elle entraînait il y a dix ans à peine.

On aura donc un plan incliné pouvant se mettre à 45° au moins. Il en est un grand nombre de modèles, de bons, de mauvais, d'excellents. Ce qui vaut le mieux, incontestablement, c'est une table pouvant prendre facilement la disposition voulue. Celles de Doyen, de Jayle, de Montprofit, de Delagénière, celle de Peraire que j'ai moi-même fait modifier par Herbet, sont des modèles excellents. Et ce ne sont pas les seuls.

En l'absence de table particulière, une bonne table ordinaire avec un bon plan incliné portatif est parfaitement suffisante. Il y a également divers modèles de ces plans inclinés portatifs. Celui de Peraire est un des plus connus et des meilleurs, malgré l'absence, regrettable à mon sens, d'échancrure inter-fémorale. Quels qu'ils soient, il faut avant tout qu'ils puissent s'incliner suffisamment ; il faut aussi qu'ils présentent entre les jambes de la malade, au-dessous du point où repose le siège, une large échancrure disposée de façon à ce qu'on puisse facilement, pendant l'opération, faire ou faire faire toutes les manœuvres

vaginales nécessitées par l'introduction de pinces destinées à indiquer les culs-de-sac, ou après l'opération, à retirer les drains et les mèches que le chirurgien croit devoir laisser à demeure. Ceci est très important, et les modèles qui ne présentent pas cette échancrure sont des modèles à rejeter ou à modifier.

La malade nettoyée, rasée, sondée, préparée comme à l'ordinaire, est bien assujettie sur le plan incliné, et celui-ci

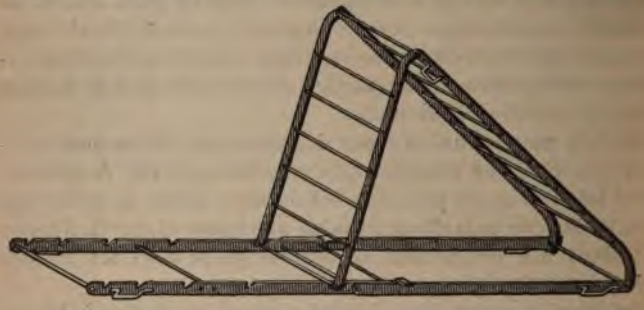


Fig. 68.
Plan incliné portatif de PEAIRE.

est mis en position. L'opérateur ne doit en effet faire son incision que lorsque la malade est déjà dans la position déclive.

Le chirurgien doit se placer à gauche de la malade, le bras droit du côté de la tête. Certains opérateurs, et non des moindres, TERRIER par exemple, pour ne citer que lui, préfèrent se placer à droite. Personnellement je trouve qu'on est beaucoup mieux à gauche et que les mouvements de la main droite dans le bassin sont ainsi beaucoup plus libres.

L'incision médiane, doit être assez longue, elle doit avoir 12 ou 15 centimètres au moins. Si les lésions sont étendues et si l'opération paraît devoir être difficile, il faut immédiatement allonger son incision et dépasser au besoin l'ombilic. Il faut y voir, et y bien voir.

Les petites incisions, préconisées par Lawson Tait, par Pozzi, incisions permettant d'introduire deux ou trois doigts; puis d'explorer les annexes sans les voir, de les attirer et de les enlever, ne conviennent qu'aux cas où les lésions sont très

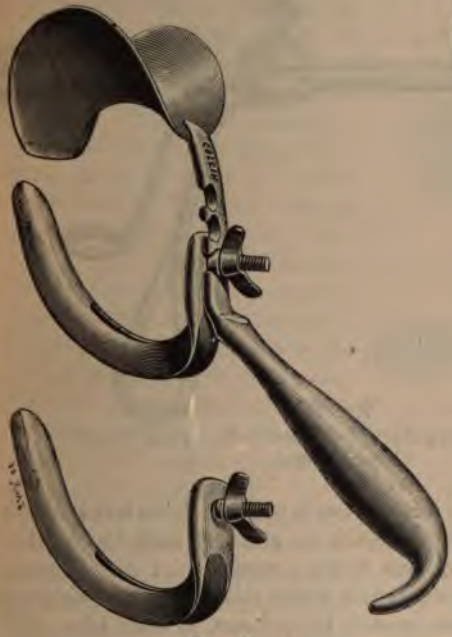


Fig. 69.
Valve abdomino-vaginale de Montprofit.

Fig. 70.
Valve sus-pubienne de Doyen.

faibles. Dès qu'il y a des adhérences, des poches, des collections volumineuses, il faut y voir. Qu'importe quelques centimètres de plus dans la longueur de l'incision? Les chances d'éventration ultérieure sont peut-être plus considérables, cela est vrai, — mais la nécessité de faire une opération complète

et sûre passe avant tout, et sous ce rapport, mieux vaut une incision de 20 centimètres qu'une incision de 10.

Je déconseille donc formellement les incisions microscopiques par lesquelles il est impossible d'explorer complètement le petit bassin, et de faire, en somme, une opération correcte.

Fig. 71.
Grande valve sus-pubienne de DOYEN avec point d'appui inter-fémoral.

Je déconseille à plus forte raison la petite incision transversale faite immédiatement au-dessus du pubis et dont la cicatrice disparaîtra plus tard sous le voile complaisant d'une toison renaissante. Si la dissimulation d'une cicatrice peut avoir pour certaines malades une grande importance, je veux bien qu'il en soit tenu compte dans une certaine mesure, mais le devoir de mener à bien une opération souvent délicate doit passer avant les désirs de la coquetterie la plus légitime, avant même les exigences de certaines nécessités professionnelles.

L'incision faite, on repousse vers le diaphragme avec de larges compresses chaudes tous les intestins qui se présentent. Lorsqu'il n'y a pas d'adhérences avec les poches annexielles, cela est en général très simple : une ou deux compresses sur la masse intestinale, une ou deux autres dans chaque fosse iliaque par

où les intestins tendent à revenir, suffisent généralement, mais on en mettra autant qu'il sera nécessaire, et, à moins d'une distension exceptionnelle des intestins, on arrive en général très rapidement à les maintenir complètement dans le ventre.

On ne saurait apporter trop de soins dans cette opération préliminaire. La gravité de l'extirpation des annexes est en raison inverse de la façon dont les intestins ont été protégés. Il faut qu'il y ait, entre les annexes infectées et par conséquent dangereuses et la masse intestinale, un véritable matelas de compresses, assez épaisses et assez nombreuses pour que les plus superficielles puissent être changées sans que la masse intestinale puisse être contaminée.

On met alors en place la valve sus-pubienne de Doyen, instrument excellent et qui donne beaucoup de jour. La valve abdomino-vaginale de Montprofit, qui a l'avantage de tenir seule est commode si l'on manque d'aides. Mais la grand valve automatique de Doyen qui vient prendre son point d'appui sous les cuisses de la malade, lui est incontestablement supérieure (fig. 71).

Fig. 72.
Écarteur abdominal de Collin.

Collin a construit un écarteur à deux valves qui viennent s'appuyer directement sur les lèvres de l'incision (fig. 72). C'est un instrument des plus commodes et que beaucoup de

chirurgiens préfèrent à l'écarteur sus-pubien de Doyen. Il présente sur celui-ci l'avantage de tenir seul, sans qu'il y ait besoin de prendre de point d'appui interfémoral. Il y en a divers modèles qui permettent d'écarter plus ou moins largement la plaie abdominale. On y peut même adjoindre une valve supplémentaire qui remplit le rôle de l'écarteur sus-pubien de Doyen. On peut d'ailleurs indifféremment placer les branches de cet écarteur qui portent la crémaillère soit vers le pubis, soit vers l'ombilic.

Mais quel que soit l'écarteur que l'on choisisse, ce qu'il faut, avant tout, c'est s'arranger pour y bien voir.

On cherche alors le fond de l'utérus, point de repère indispensable sur lequel on placera au besoin une pince de Museux dont l'utilité est souvent grande, parce qu'elle permet d'attirer vers le haut le fond de l'utérus, et avec lui les annexes malades. Le fond de l'utérus reconnu, il est facile de s'orienter. Il est en général très aisé de le reconnaître, mais lorsqu'il y a des adhérences entre les anses intestinales et les annexes malades, les choses peuvent être plus délicates. On commencera d'abord par refouler les anses libres, si elles ne le sont déjà par les compresses placées au début de l'opération, puis on déchirera peu à peu les adhérences et on refoulera ensuite les anses ainsi détachées, au fur et à mesure de leur libération. Il faut qu'en fin de compte on reste en présence des annexes seules et de l'anse colo-rectale qui s'enfonce dans le bassin. Il est ainsi toujours possible de trouver le fond de l'utérus.

Ce travail de libération des annexes est très différent suivant l'importance des lésions. Dans certains cas, il est très simple et pour ainsi dire nul, car les annexes, même malades, même septiques et purulentes, peuvent être libres dans la cavité péritonéale ou n'adhérer aux organes voisins que par quelques filaments insignifiants. Dans ces conditions, rien n'est plus simple que de les extirper, en suivant la technique que je décrirai tout à l'heure. Mais il est des cas, au contraire, où les adhérences avec les organes voisins, S iliaque, intestin grêle, épiploon, cæcum et appendice, vessie, parois pelviennes, sont absolument intimes :

tout est fusionné et le petit bassin tout entier semble comme rempli par une coulée plastique dans laquelle il est impossible de se reconnaître. Entre ces cas extrêmes, tous les intermédiaires sont possibles et je n'enteprendrai pas de les décrire.

Il faut donc, avant tout, se reconnaître et séparer peu à peu les organes sains qu'il faut respecter, des organes malades, qu'il faut enlever.

Pour l'épiploon, c'est chose facile : il suffit de le sectionner assez haut, en un point où il est libre ; on le divise en un nombre suffisant de pédicules qu'on lie au catgut, on le coupe au-dessous de ces pédicules et les parties adhérentes aux annexes malades s'en vont avec elles.

Pour l'intestin, la chose est plus malaisée : il faut, avec des ciseaux et surtout avec le doigt, le détacher doucement des poches annexielles, ce qui est souvent extrêmement délicat.

On est, dans ces cas ardus, très exposé à un accident sérieux : l'ouverture de l'intestin. Dans les manœuvres de séparation des adhérences, lorsque celles-ci sont intimes, rien ne peut parfois empêcher cet accident. Ce sont les tissus les moins résistants qui cèdent. Lorsque ce sont les adhérences qui sont les plus fragiles, les organes se séparent. Lorsque la paroi de la poche est au contraire plus faible et plus friable, elle crève et on a souvent alors un écoulement plus ou moins considérable de pus. Lors enfin que la paroi intestinale est la moins résistante, c'est elle qui cède et se déchire. On en est souvent averti en voyant apparaître les fibres musculaires de sa tunique externe qui se détachent sur une certaine étendue.

C'est donc un accident parfois inévitable, mais dont il ne faut pas s'effrayer outre mesure ; on suturera l'intestin avec beaucoup de soin et on passera outre ; je reviendrai plus loin sur ce point. On peut d'ailleurs assez souvent éviter ce malheur lorsqu'on s'aperçoit des rapports intimes de l'intestin et des parties malades. Il faut, plutôt que de tirer trop fortement sur l'intestin, entamer et au besoin sculpter la paroi tubaire qu'on laissera adhérente à la paroi intestinale. Mais cette manœuvre expose à ouvrir la poche salpingienne, accident d'ailleurs beaucoup moins sérieux que l'ouverture de l'intestin.

Cette libération des adhérences demande beaucoup de soin et beaucoup de patience. Souvent, après avoir mis assez longtemps à séparer des adhérences, le doigt trouve, surtout du côté de la paroi pelvienne et du cul-de-sac de Douglas, un plan de clivage où la séparation se fait bien ou même une zone considérable dans laquelle les adhérences n'existent pas, si bien qu'on est souvent étonné de la facilité relative avec laquelle se font certaines décortications qui, au premier abord, semblaient devoir être très difficiles.

La réplétion des poches purulentes, leur tension, leur élasticité, facilite beaucoup leur décortication, parce que la sensation qu'on en retire indique leurs limites au doigt qui les explore. Mais, d'autre part, cette réplétion même expose à leur rupture et à l'écoulement du pus. Aussi peut-il être prudent, surtout lorsqu'on a des raisons de croire que le pus contenu dans les trompes est virulent, et que les poches sont assez volumineuses, de les vider avec un aspirateur en prenant soin d'éviter l'effusion du liquide.

Mais il est souvent bien difficile d'empêcher cette effusion. Le pus filtre entre le trocart et les parois de l'orifice, la poche se déchire, le liquide s'écoule, si bien que l'aspiration provoque l'accident qu'elle a pour but d'éviter, et qu'elle peut faire plus de mal qu'elle ne rend de services. Personnellement je cherche à m'en passer le plus possible.

Lorsque la poche a été vidée, ou lorsqu'elle s'est rompue et qu'on l'a nettoyée avec des compresses, on peut employer un artifice très utile et qui facilite souvent beaucoup la libération de la poche. On introduit dans son intérieur l'index gauche en le recouvrant soigneusement avec des compresses pour éviter qu'il ne s'infecte au contact des parois. En explorant ainsi la paroi tubaire par sa surface interne, il est souvent beaucoup plus commode de la détacher de ses adhérences parce qu'on sent mieux ses limites.

Dans certains cas, qui sont parmi les plus compliqués, surtout lorsqu'il y a des adhérences avec la paroi pelvienne et une véritable fusion avec l'utérus lui-même, la décortication et l'extirpation des annexes peuvent devenir presque impossibles.

Il peut être nécessaire pour la mener à bien de faire l'extirpation préalable de l'utérus. Le jour que donne cette extirpation vers le fond du petit bassin permet ensuite d'enlever facilement les annexes. C'est un point que Villar a très bien vu et qu'il a fait mettre en relief dans la thèse de son élève Chapeyron [1]. De sorte que dans ces cas, qui ne sont pas rares, la castration abdominale totale est beaucoup plus facile que la simple extirpation des annexes. J'aurai d'ailleurs l'occasion d'étudier plus loin dans tous ses détails cette intéressante question.

Le tableau que je viens de tracer s'applique aux cas les plus difficiles. Mais en général ils sont moins compliqués, la libération des adhérences se fait beaucoup mieux et l'extirpation des annexes est elle-même assez simple.

Dans les cas de difficulté moyenne, il est très utile, pour faciliter les manœuvres, de saisir le fond de l'utérus avec une pince de Museux et de l'attirer vers le haut avec les annexes qui lui sont fixées.

Il est très important, pour de multiples raisons sur lesquelles j'aurai l'occasion de revenir longuement plus loin, il est très important, dis-je, d'attaquer les annexes de bas en haut, pour les décortiquer dans les cas difficiles. Il faut aller les prendre pardessous. Elles se décollent ainsi beaucoup mieux. Pour y parvenir, le procédé le meilleur consiste à les attaquer au niveau de leur insertion sur la corne utérine. On sectionne cette insertion entre deux pinces en se tenant en dehors de la racine du ligament rond (fig. 73) et, attirant les annexes ainsi séparées de l'utérus en haut et en dehors, on les fait basculer pendant que les doigts s'introduisent au-dessous d'elles, dans l'épaisseur du ligament large, facilitant singulièrement cette manœuvre (fig. 74). Elles ne tiennent bientôt plus que par le pédicule vasculaire utéro-ovarien qu'on tranche d'un coup de ciseaux.

Dans les cas ordinaires, cette façon de procéder rend l'extir-

[1] Chapeyron. Th. Bordeaux, 1899.

pation des annexes très facile, et dans les cas compliqués, elle peut rendre les plus grands services.

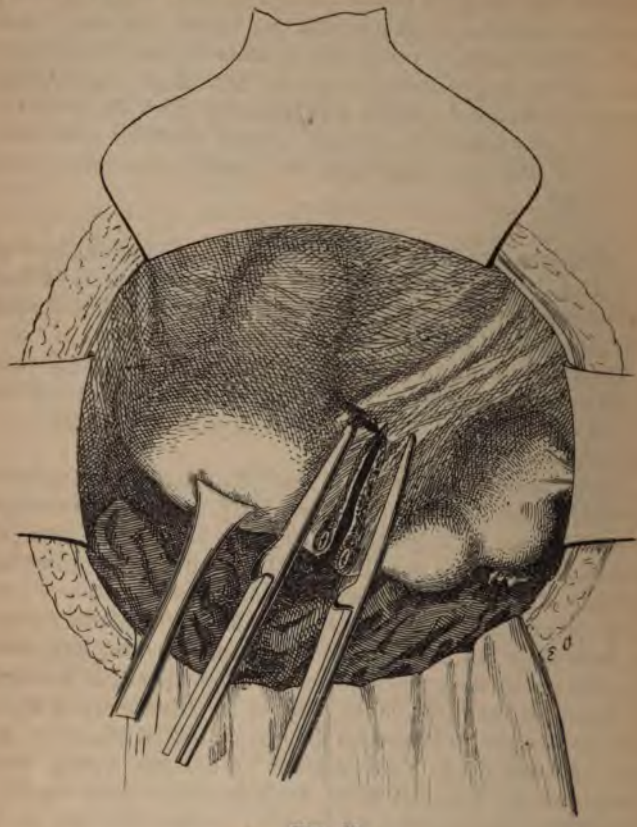


Fig. 73.
Salpingectomie unilatérale.
Attaque de la masse annexielle par son insertion à la corne utérine que l'on sectionne entre deux pinces.

Il est bon, en général, de commencer par enlever les annexes

les plus volumineuses, mais il n'y a à cet égard aucune règle; il faut commencer par celles dont l'extirpation semblera le

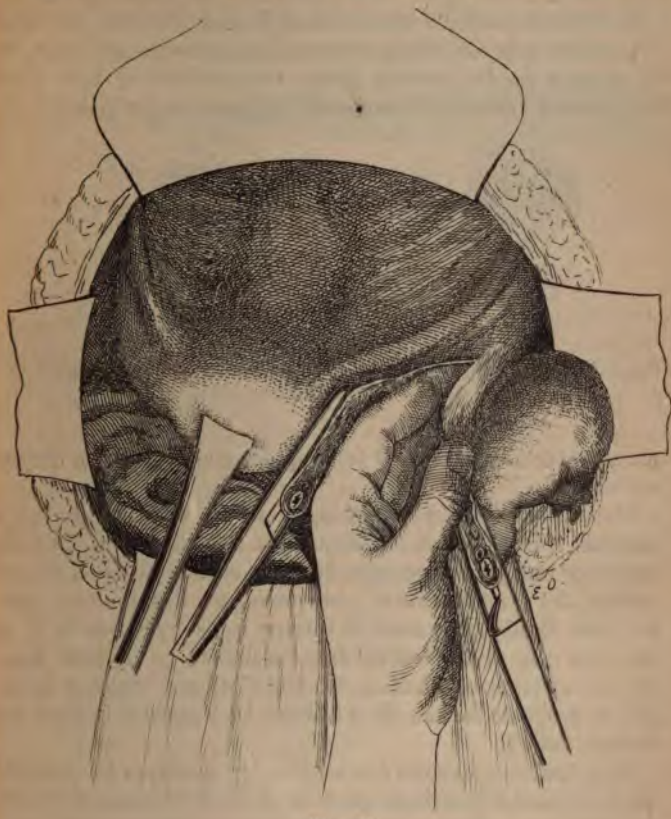


Fig. 74.
Salpingectomie unilatérale.
Les annexes sont attaquées par-dessous et décollées de bas en haut.

plus facile. Il vaut mieux, en effet, garder pour la fin les annexes les plus difficiles à enlever, pour que l'enlèvement des

premières, en désobstruant le bassin, contribue à donner plus d'aisance au chirurgien et à faciliter les manœuvres.

Pour lier le pédicule annnexiel sur la corne utérine, on peut le traverser avec une aiguille mousse qui ramène une anse de fil, et faire sur le pédicule entier une ligature croisée dont chaque nœud enserre la moitié du pédicule ; cette ligature en

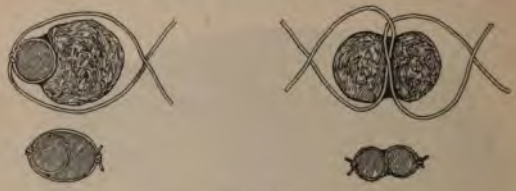


Fig. 75.
Deux façons pratiques de lier en masse un pédicule (épiploïque, utéro-ovarien, tubaire, etc.).

masse est très commode et très rapide, mais elle a des inconvénients.

D'abord elle lâche quelquefois, et on perd toujours quelques minutes à réparer cet accident. Elle a surtout le défaut de ramasser une grande quantité de tissus en un seul bloc, ce qui produit des tiraillements et peut provoquer des douleurs persistantes. Quelquefois aussi la trompe est coupée par le fil et son bout central reste ouvert dans l'abdomen, ce qui peut amener des accidents d'infection. On doit d'ailleurs toujours stériliser le point de section de la trompe en y passant la lame du thermocautère.

On a donc aujourd'hui une tendance à employer un procédé qui nous vient d'Amérique, qui a été particulièrement préconisé en France par Pierre Delbet et qui est certainement supérieur à la ligature en masse. On coupe tout simplement le pédicule tubaire en pinçant et liant isolément les vaisseaux qui saignent, au fur et à mesure de leur rencontre. On peut également, par ce procédé, suivre la trompe jusqu'à son origine et la poursuivre même dans la corne utérine où on la

lie et la cautérise. Lorsque ces précautions ont été prises, le ligament large entier se trouve ouvert à sa partie supérieure. Il ne reste plus qu'à le fermer par un surjet qu'on fait aussi exact que possible et qui est rendu très facile par l'usage d'une aiguille à pédale à très grande courbure (fig. 76).

Fig. 76.
Aiguille à pédale pour exécuter le surjet péritonéal.

Cependant lorsque le bassin est profond il peut être plus simple de se servir d'une aiguille courbe ordinaire qui porte elle-même son fil et qu'un porte-aiguille permet de manœuvrer facilement dans le fond du bassin.

Cette fermeture du ligament large, doit être faite avec beaucoup de soin. Lorsque l'extirpation des annexes a laissé des surfaces dépolies, irrégulières, au niveau desquelles le péritoine n'existe plus, il faut s'appliquer à les faire disparaître et s'arranger pour obtenir, pour employer un néologisme commode, une *péritonisation* aussi parfaite que possible de la cavité pelvienne.

Il faut prendre le péritoine sain où on le peut, sur la vessie, sur l'S iliaque ou le méso-côlon, bref fermer aussi exactement que possible la grande cavité péritonéale et l'isoler des surfaces irrégulières et cruentées au niveau desquelles les phénomènes de réparation sont moins actifs et où l'infection est facile. La plupart des chirurgiens attachent aujourd'hui beaucoup d'importance à cette reconstitution aussi parfaite que possible du revêtement péritonéal du bassin.

Beaucoup d'opérateurs, soit pour la ligature en masse, soit pour la ligature séparée suivie de surjet se servent de la soie. Celle-ci expose aux abcès et aux éliminations tardives dont on connait tous les ennuis. Je préfère de beaucoup le catgut

qui est très suffisant pour l'hémostase et dont on n'a plus jamais à s'occuper après la guérison. Pour ma part, sur un très grand nombre de laparotomies que j'ai faites, je n'ai jamais eu ni une hémorragie secondaire pouvant être attribuée à la chute d'un catgut mal serré ou à sa résorption prématurée, ni une élimination consécutive.

Il est plus facile, cela est certain, de serrer une soie qu'un catgut; mais il est facile de serrer suffisamment ce dernier. Par exemple, lorsqu'on a des doutes sur la commodité qu'il peut y avoir à étreindre un vaisseau pincé, il ne faut pas négliger de passer le catgut, avec une aiguille, dans les tissus voisins de façon à bien le fixer et à empêcher tout glissement. Grâce à ce petit artifice, le catgut, qu'il faut au besoin nouer trois fois, donne pour l'hémostase autant de sécurité que la soie.

Je ne vois donc pas quel avantage on peut trouver à employer la soie. Elle est plus facile à désinfecter, dit-on, puisqu'elle peut être bouillie. Le catgut bien préparé est, lui aussi, parfaitement aseptique. Il me paraît d'ailleurs évident que lorsque des accidents de suppuration surviennent, ce n'est ni à l'infection préalable du catgut, ni à celle de la soie qu'ils sont dus, mais bien à leur infection secondaire, soit par les mains de l'opérateur, soit plutôt par les tissus de l'opérée, ce qui est particulièrement le cas dans les salpingites, où on travaille dans un milieu septique, car ni les mains du chirurgien, ni les tissus malades n'ont été, que je sache, préalablement bouillis ou passés à l'étuve. L'infection du catgut ou de la soie est donc une infection secondaire. Or le catgut infecté disparaît tout seul tôt ou tard. La soie ne disparaît pas et la fistule qu'elle entretient ne se ferme que lorsqu'on a été l'extraire. Et c'est pourquoi je réprouve la soie, que ses partisans les plus convaincus abandonnent d'ailleurs peu à peu.

Lorsque l'extirpation, identique des deux côtés, est terminée, que faut-il faire ? Si le petit bassin est propre, s'il n'y a ni pus, ni suintement sanguin persistant, si les annexes n'ont pas été déchirées et si l'opération a pu être conduite de façon aseptique, si l'on croit, en somme, ne courir aucun risque d'infec-

tion, il faut fermer tout simplement la plaie abdominale. Mais si l'on a des craintes d'infection, s'il reste dans le fond du petit bassin des lambeaux de poches qui n'ont pu être complètement extraits, si le péritoine pelvien est par trop dépoli, dilacéré, recouvert d'adhérences dont beaucoup peuvent être infectées, si la reconstitution du péritoine est imparfaite, il faut drainer.

Il y a deux façons de drainer le petit bassin : par la plaie abdominale et par le vagin. Je crois que, dans cette question comme dans tant d'autres, il est mauvais d'être exclusif. Le *drainage abdominal* et le *drainage vaginal* me paraissent avoir des indications différentes. Les deux sont bons, et c'est, suivant les cas, l'un ou l'autre qu'il faut employer. Il peut même être bon, dans certaines circonstances, de les associer l'un à l'autre.

Dans les cas où les risques d'infection semblent légers, lorsque l'hémostase est bien faite et la péritonisation du bassin satisfaisante, si l'on croit devoir drainer, à cause, par exemple, de la rupture d'une poche de virulence suspecte, le drainage abdominal suffira. Dans ces conditions, un bon drain de caoutchouc, qui doit être au moins de la grosseur du doigt, et porter près de son extrémité inférieure des orifices qui permettront aux liquides sécrétés de pénétrer et de s'écouler au dehors, sera très suffisant. Delagenière, Tuffier ont fait construire des tubes en métal percés de nombreuses ouvertures et dans lesquels on introduit, sans pression aucune, des mèches de gaze. Ce sont de bons appareils et qui drainent convenablement.

Les simples mèches de gaze partant du fond du bassin et sortant par la plaie abdominale doivent être condamnées. Elles tamponnent souvent plutôt qu'elles ne drainent, et pour peu qu'elles soient un peu étranglées par les lèvres de la plaie, elles mettent obstacle à l'issue des liquides au lieu de favoriser leur sortie. Elles ont surtout le très grave inconvénient d'être difficiles à enlever. Leur extraction, le deuxième ou le troisième jour, est parfois extrêmement pénible. Il y a des adhérences entre les mèches et les intestins, et l'on attire souvent au dehors

des lambeaux épiploïques que l'on rentre ensuite à grand'peine et que l'on est même parfois obligé de réséquer.

Fig. 77.
Drainage abdominal.

Je sais bien que les difficultés que l'on rencontre dans l'extraction des mèches sont parfois beaucoup moins grandes si l'on attend, pour les enlever, jusqu'au dixième ou au douzième jour. Mais outre que, quelquefois, les difficultés que l'on peut éviter en sont au contraire accrues, cette façon d'agir a le gros inconvénient de prolonger singulièrement le temps demandé pour la guérison, et de provoquer parfois les fistules persistantes.

Il faut donc renoncer aux mèches. Mais en revanche il faut connaître, pour l'employer à l'occasion, le mode de drainage capillaire inventé par Mickulicz. Il est très ingénieux, très simple, et rend parfois les plus grands services : au centre d'une assez large pièce de gaze stérilisée, on fixe une soie solide par un nœud qui serre très fortement la gaze. On laisse celle-ci retomber naturellement par son propre poids autour du fil de soie qui pend verticalement. La gaze constitue ainsi une sorte de sac au fond duquel est fixée la soie. Celle-ci

Fig. 78.
Drainage vaginal. Déclivité du drain vaginal.

se trouve donc dans l'intérieur du sac, son extrémité libre sortant par l'ouverture.

Pour employer ce sac, on saisit avec une pince située dans son intérieur, le long de la soie, le fond du sac, au niveau du nœud, et on le porte au fond du bassin, au point que l'on juge le plus favorable. L'extrémité libre du sac sort par la plaie abdominale, ainsi que le fil de soie situé dans son inté-

Fig. 79.
Le sac de Mickulicz. Façon de l'exécuter, de le remplir et de l'extraire.

rieur et qu'il faut avoir grand soin de laisser émerger au dehors. On peut alors introduire dans le sac, jusqu'au fond, une quantité plus ou moins grande de mèches de gaze stérilisée, soit pour tamponner en cas de suintement sanguin inquiétant, soit pour drainer, si on le juge nécessaire. Ces mèches sont ainsi séparées des intestins par la paroi du sac, et ne peuvent, en conséquence, leur adhérer directement. Il est donc très facile, lorsqu'on le juge utile, de les enlever les unes après les autres. Quant au sac qui les enveloppe, grâce à la soie qui se fixe à son extrémité profonde, rien n'est plus

simple, en tirant sur elle, que de le retirer. Entraîné par la soie il se retourne en doigt de gant, en commençant par sa partie la plus profonde, et c'est la partie la plus superficielle, celle qui est située à l'orifice cutané, sur laquelle les tractions s'exercent en dernier lieu et qui se détache la dernière. Grâce à cet ingénieux artifice, tous les inconvénients des mèches ordinaires sont pour ainsi dire supprimés (fig. 79).

Rien n'empêche d'ailleurs de mettre en même temps un drain et un sac de Mickulicz qui se complètent l'un l'autre. Le sac de Mickulicz peut rendre aussi les plus grands services pour tamponner en cas de suintement hémorragique intarissable.

Dans les cas où l'on a des raisons sérieuses de redouter une infection grave, lorsque au fond du bassin persiste un suintement qu'on ne peut tarir, lors encore que la péritonisation du bassin laissera au-dessous de la séreuse nouvelle, tendue comme une sorte de diaphragme assez loin du fond du bassin, une large cavité qui pourrait se drainer très mal par en haut, il vaudra mieux, à mon avis, drainer par le vagin. Dans ces cas, le drainage vaginal me paraît incomparablement supérieur et je suis étonné qu'il y ait encore des discussions sur ce point.

Rien n'est plus simple que d'ouvrir le vagin lorsque le cul-de-sac postérieur est libre, après l'enlèvement des trompes qui pouvaient le remplir. Une pince introduite par le vagin vient faire saillie dans le cul-de-sac de Douglas qu'on perfore d'un coup de pointe ou de ciseaux. La pince est alors ouverte et déchire le vagin, sans le faire saigner, assez largement pour établir un drainage complet avec un gros drain et avec une mèche qui peut aussi servir à tamponner en cas de suintement persistant.

Souvent même, on peut se passer de la pince vaginale. On sent, au-dessous du col, la dépression formée par le vagin, on incise en ce point, et on passe par l'ouverture avec une longue pince courbe le drain et la mèche qu'un aide saisit à la vulve.

Le drainage vaginal se fait au point le plus déclive, ce qui

n'est pas sans importance, car j'ai plus de confiance encore, pour l'écoulement des liquides, en la pesanteur qu'en la capillarité (fig. 78). L'extraction est aussi plus simple que pour les mèches abdominales et même pour le sac de Mickulicz. Au bout de quatre ou cinq jours, on tire sur la mèche vaginale et tout est dit.

Dans certains cas, et je l'ai fait, et m'en suis bien trouvé, on peut faire le drainage vaginal par le cul-de-sac antérieur. Lorsque le cul-de-sac postérieur est, pour une raison quelconque, inaccessible, on décolle la vessie sur 2 ou 3 centimètres, on ouvre le cul-de-sac antérieur directement ou sur une pince vaginale et on draine par devant l'utérus aussi facilement que par derrière.

Enfin dans quelques cas particulièrement inquiétants, on peut drainer à la fois par le vagin et par l'angle inférieur de la plaie.

Dans ces conditions, le drainage vaginal est destiné à l'écoulement des liquides situés au-dessous du revêtement péritonéal. Ceux qui s'accumulent au-dessus, dans la partie du petit bassin recouverte de séreuse, seront évacués par le drain abdominal.

Il est toujours bon, au moment d'enlever le drain abdominal, d'aspirer avec une sonde qu'on introduit par sa lumière, jusqu'au fond du petit bassin, les liquides qui peuvent y séjourner et qui constituent des milieux de culture propices aux floraisons microbiennes.

Lorsque tout est fini, il ne reste plus qu'à faire la *suture*. Je crois qu'il est bon, à ce moment, de remettre la malade dans la position horizontale, d'abord parce que moins elle reste dans la position déclive et mieux cela vaut, ensuite parce qu'il est utile de voir si les intestins se remettent bien en place, et de disposer l'épiploon au-devant du paquet intestinal. Les compresses étant enlevées, on les remplace par une compresse propre et chaude qu'on étend sur la masse intestinale qu'elle protégera pendant la durée de la suture.

Chacun fait celle-ci à sa manière. La suture à un seul plan ne jouit pas de la même faveur qu'autrefois et la plupart des

chirurgiens font la suture à deux ou à trois plans, avec des points simples, des points en U ou des points en 8, les uns à la soie ou au fil commun, les autres au catgut et au crin de Florence; les uns font de grands points de soutien, les autres des sutures intradermiques. Je ne puis insister sur tous ces détails qui peuvent tous trouver leurs indications. Je donnerai seulement ma manière de faire que je crois bonne, puisque je la fais, et qui me paraît recommandable. Je n'emploie jamais la soie, si ce n'est quelquefois pour les sutures superficielles chez les femmes à paroi épaisse, lorsqu'il faut des sutures très solides. Mais je ne laisse jamais de soies perdues pour m'éviter l'ennui possible d'avoir plus tard à les enlever.

Fig. 80.
Premier plan de suture. Surjet péritonéal au catgut.

Je fais d'abord sur le péritoine un surjet au catgut (fig. 80) : c'est le premier plan. Sur les muscles et l'aponévrose, je mets des points séparés au catgut, tous les 2 centimètres environ, en ayant soin de bien affronter les tissus. Les points séparés font une suture beaucoup plus régulière que le surjet, et en outre cette suture à plusieurs fils est beaucoup plus solide que le simple fil du surjet. C'est le second plan de suture. Sur la peau je mets des crins de Florence ou des soies lorsque j'ai besoin de beaucoup de solidité. Mais, et c'est en cela que consiste l'originalité de cette suture, si tant est qu'elle soit originale, ce que j'ignore, mes crins de Florence viennent également prendre le muscle et l'aponévrose, dans l'intervalle des points séparés au catgut, de sorte que, au niveau du second plan, les muscles et aponévroses sont affrontés à chaque centimètre (fig. 81). C'est donc une suture très exacte et qui a des chances sérieuses de donner de bons résultats.

La suture à un seul plan a l'avantage d'être beaucoup plus rapide, et lorsque je vois des chirurgiens de la valeur de Ricard, par exemple, se louer de cette suture, qu'il exécute très rapidement avec des fils d'argent ou de bronze, je me demande si la prolongation que la suture à plusieurs étapes impose à l'opération ne compense pas largement les avantages qu'elle peut avoir au point de vue de la solidité de la paroi. On pourra, en tout cas, exécuter cette suture en un plan lorsqu'on voudra gagner du temps, en ayant toutefois bien soin de charger sur l'aiguille les couches successives de la paroi, sans oublier le péritoine.

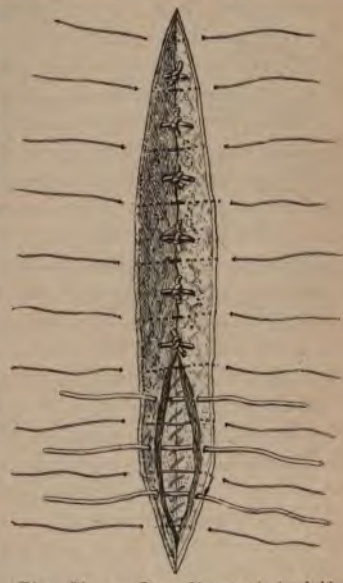


Fig. 81. — Deuxième et troisième plans de suture. Le deuxième au catgut, à points séparés, sur les muscles et l'aponévrose, le troisième au crin sur la peau et les plans profonds, dans l'intervalle des points du deuxième plan.

Les fils sont enlevés le dixième jour.

Rien n'est moins comparable que deux laparotomies pour annexites suppurées. L'une peut être extrêmement simple, et l'autre hérissée de difficultés. C'est dire qu'il peut y avoir, au cours de ces opérations, des surprises et des accidents :

L'*hémorragie* est rare. S'il s'agit d'un vaisseau sérieux il sera saisi et lié. S'il ne peut être lié, on mettra sur lui une pince à demeure qu'on fera sortir par la plaie abdominale, ou au besoin par le vagin par lequel on l'introduira en même temps que la pince destinée à retirer la mèche de drainage. Ce sont là

d'ailleurs des expédients tout à fait exceptionnels. Contre l'hémorragie en nappe, il n'y a qu'un remède, le tamponnement. On l'exécutera à la manière de Mickulicz, comme il a été dit plus haut. Mais il faut s'efforcer, avant tout, de tarir l'hémorragie par des ligatures. Plus l'hémostase est complète et mieux cela vaut. Il est important de ne laisser dans le ventre aucun suintement sanguin, propice à toutes les infections.

La *déchirure des trompes*, l'ouverture d'une ou de plusieurs collections purulentes, est un accident beaucoup plus fréquent. Il n'y a presque pas de cas compliqués dans lesquels cet accident ne se produise. Heureusement, il est beaucoup moins grave qu'on ne serait tenté de le croire au premier abord, surtout lorsque les intestins sont bien isolés par des compresses et ne sont pas touchés par le pus. D'ailleurs celui-ci est souvent stérile. Quoi qu'il en soit, si une poche purulente se rompt, on nettoiera complètement toutes les parties souillées, on épongera soigneusement tout le pus, on asséchera parfaitement le cul-de-sac de Douglas et la cavité pelvienne. On changera les compresses intestinales les plus superficielles si elles ont été contaminées. Mais on se gardera de faire un lavage, qui ne servirait qu'à transporter dans le reste du ventre des germes et des débris purulents qui n'y auraient jamais été seuls. Le lavage est actuellement à peu près universellement proscrit. Enfin la déchirure des trompes constitue une des principales indications du drainage, qui, suivant la gravité du cas, sera fait par l'abdomen ou par le vagin.

La *déchirure de l'intestin* n'est pas rare, au moins dans les cas compliqués. Heureusement, comme la déchirure des trompes, elle est moins grave qu'elle ne le paraît. Dès qu'elle est reconnue, il faut suturer avec le plus grand soin la solution de continuité. Il faut enfouir la déchirure au besoin sous deux et trois plans de suture, qui, comme toutes les sutures intestinales, qui, elles, s'éliminent par la cavité du viscère, pourront être faites, soit au catgut fin, soit à la soie ou au fil à coudre ordinaire parfaitement stérilisé. Lorsque la suture est bien faite, et qu'on a pris soin de ne pas rétrécir la lumière de l'intestin, ce qui pourrait provoquer des phénomènes d'oc-

clusion intestinale, on n'éprouve en général aucun accident sérieux.

Lorsque ces déchirures sont méconnues, ou lorsque la suture qui les oblitère ne tient pas, il peut se produire des fistules stercorales. D'ailleurs, ces fistules se ferment presque toujours toutes seules, au bout d'un temps variable. S'il n'en est pas ainsi, on pourra être entraîné à faire, pour les guérir, des opérations compliquées.

L'*ouverture de la vessie* est assez rare, les poches en contact avec elle étant peu communes. On suturera la solution de continuité avec beaucoup de soin. J'en ai observé deux cas personnels qui ont guéri sans aucun incident.

Les diverses complications qui peuvent suivre l'extirpation des annexes, *péritonite*, *occlusion intestinale*, *fistules*, *adhérences*, *éventration*, ne présentent ici rien de particulier.

Telle est la technique de l'extirpation des salpingo-ovarites, avec les difficultés qu'elle peut présenter. D'innombrables statistiques ont été faites, que je me garderai bien de reproduire. Elles nous apprennent ce que nous savions déjà. Depuis l'adoption du plan incliné, la mortalité, bien qu'on s'attaque à des cas beaucoup plus graves et beaucoup plus difficiles, s'est abaissée de plus en plus. Aujourd'hui, je crois être dans la vérité en l'évaluant à 5 p. 100 environ.

Que deviennent les 95 p. 100 des femmes guéries auxquelles on a enlevé les annexes?

En général, les résultats éloignés sont très satisfaisants. Presque toujours les douleurs cessent ou sont très fortement atténuées. Sans doute, il y a des femmes qui continuent à souffrir plus ou moins ; sans doute, il en est d'autres qui présentent parfois les troubles divers qu'on rencontre dans toutes les opérations mutilantes de la sphère génitale, et qui sont attribuées à l'*insuffisance ovarienne*, bouffées de chaleur, troubles congestifs, modification du caractère, tendance à l'engraissement, etc. Mais ce sont là, en somme, des troubles légers et bénins, relativement à ceux qui ont nécessité l'opération.

Evidemment les femmes qui ont subi l'ablation des annexes ne sont pas toujours des femmes comme les autres, bien qu'elles le soient généralement. Mais elles ne sont plus des femmes malades. C'est ce qu'elles demandent et c'est ce qu'il faut leur donner.

Il faut donc ici, comme toujours en chirurgie, ne pas s'arrêter aux cas particuliers des quelques femmes qu'il eût certainement mieux valu ne pas opérer, à cause des troubles qu'elles ont présentés par la suite, et il faut accepter ou rejeter l'opération avec ses chances bonnes ou mauvaises, ses incertitudes et ses conséquences. Or il est certain que l'immense majorité des femmes opérées de suppurations annexielles en retire un bénéfice considérable. Un très grand nombre doivent la vie à ces opérations. Un plus grand nombre encore lui doivent la santé, et si quelques-unes en souffrent, elles ne forment qu'une petite minorité, ombre légère dans ce tableau brillant.

D'ailleurs les chirurgiens ont aujourd'hui une tendance de plus en plus grande à conserver, lorsque la chose est possible, un ovaire ou un fragment d'ovaire, dont la présence atténue dans une certaine mesure les troubles plus ou moins sérieux qui résultent de la castration. N'oublions pas que lorsqu'on conserve un ovaire et que l'utérus paraît peu atteint, il peut y avoir avantage à conserver celui-ci, car la femme peut ainsi voir persister ses règles et échapper aux inconvénients d'une ménopause prématurée.

Mais si, comme il arrive presque toujours, l'ovaire accolé à une trompe malade ne paraît pas absolument sain, il ne faut pas hésiter à le sacrifier. Nous connaissons trop sa prédisposition à toutes les infections et à beaucoup d'autres maladies de cause moins nette pour laisser un ovaire suspect alors que les nécessités d'une laparotomie ont permis de se rendre directement compte de son état.

D'une manière générale, le soulagement qu'éprouvent les femmes est d'autant plus grand, la guérison est d'autant plus parfaite que les lésions pour lesquelles on les a opérées étaient plus graves et plus aiguës. Ce sont les opérations pour vieilles

lésions chroniques peu accentuées qui donnent les résultats les moins nets et les moins brillants. Alors que la plupart des femmes atteintes de salpingites graves voient toutes leurs douleurs disparaître après l'extirpation des trompes, les malades auxquelles on a, par exemple, enlevé des trompes chroniquement enflammées, sans collections purulentes, continuent parfois à souffrir.

D'autre part, et c'est là le reproche le plus grave qu'on puisse faire à l'extirpation des annexes, si c'est une opération très souvent bonne, c'est parfois aussi une opération incomplète. Un certain nombre de laparotomisées continuent à souffrir de leur utérus, et pour ne citer qu'un chiffre, sur 300 femmes ayant subi l'extirpation des annexes, Richelot a dû 53 fois recourir à l'hystérectomie vaginale secondaire.

L'extirpation des annexes ne fait rien contre la métrite, bien qu'elle amène souvent une certaine atrophie de l'utérus. Mais un utérus infecté reste infecté, et les femmes conservent des douleurs, des hémorragies, des écoulements leucorrhéiques, tous les troubles enfin qui accompagnent la métrite vulgaire, et cela est si vrai que Pozzi qui est un des laparotomistes les plus convaincus, recommande expressément de faire suivre toute ablation des annexes d'un curettage qu'il pratique un mois après l'opération.

Voilà donc un utérus infécond et qui reste, pour celle qui le porte, une source de malaises, d'ennuis et de douleurs. Il est incontestable qu'il vaudrait mieux qu'il n'y fut plus, et mieux vaut faire, dès le début, une hystérectomie primitive qu'être contraint de faire plus tard une hystérectomie secondaire. Et voilà pourquoi l'extirpation des annexes perd aujourd'hui une partie du terrain qu'elle avait autrefois si brillamment conquis. La castration totale donne des résultats que ne peut donner la seule castration annexielle, et comme d'autre part elle n'est pas sensiblement plus grave, elle doit nécessairement lui être préférée. Je crois donc avec un très grand nombre de chirurgiens actuels que toutes les fois qu'on se trouve en présence de lésions bilatérales, il faut pratiquer en même

temps que l'extirpation des annexes celle de l'utérus [1] !

Voilà donc le champ de la castration annexielle simple considérablement réduit. Il reste cependant encore très vaste. En effet, toutes les lésions salpingo-ovariennes unilatérales sont justiciables de la simple extirpation des annexes, et il est inadmissible qu'on enlève l'utérus lorsque les annexes d'un côté sont encore saines.

Sans doute, dans les salpingites suppurées, les lésions bilatérales sont de beaucoup les plus nombreuses, mais les cas sont aussi bien fréquents dans lesquels il est impossible de faire le diagnostic des lésions bilatérales avec une précision absolue. Dans ces conditions, de peur de sacrifier un utérus qui doit être conservé, on est tout naturellement conduit à pratiquer la laparotomie de préférence à l'hystérectomie vaginale. Le ventre ouvert, on examine l'état des annexes. Si les deux peuvent être conservées, on les conservera en exécutant au besoin quelqu'une des opérations économiques dont je dirai plus loin quelque mots (voy. p. 287). Si les annexes d'un seul côté sont malades, c'est l'extirpation de ces annexes, la salpingectomie unilatérale qui sera exclusivement indiquée, et si les lésions sont bilatérales, on aura toujours la ressource de pratiquer immédiatement l'hystérectomie abdominale dont la nécessité où l'on est de se rendre un compte exact des lésions par la laparotomie, constitue à mes yeux l'indication la plus formelle.

Je ne reviens pas sur la discussion des cas qu'il faut traiter par l'incision vaginale simple et de ceux qu'il vaut mieux traiter par l'extirpation ; cette étude a été faite plus haut (voy. p. 161). Je répète simplement, parce qu'on ne saurait trop le répéter, que, dans les lésions unilatérales, alors que la collection purulente sera chaude, aiguë, virulente et facilement accessible par le

[1] Voir à ce sujet, pour plus de détails : Sur les avantages de la castration totale dans les suppurations annexielles. J.-L. Faure, Clinique de la Charité. *Bull. médical*, 1899, p. 901.

vagin, on aura tout avantage à la traiter par la simple incision vaginale ; celle-ci, en effet, est très souvent suffisante, et il est toujours grave d'opérer par en haut des lésions récentes et virulentes qui multiplient les chances d'infection. Lors, au contraire, qu'on se trouvera en présence de lésions anciennes, peu aiguës, haut placées et difficilement accessibles par le vagin, on aura recours à la laparotomie en se guidant autant que possible sur les règles opératoires que je viens d'exposer.

HYSTÉRECTOMIE VAGINALE

En 1890, PÉAN faisait connaître dans diverses communications, faites en particulier au Congrès de Berlin et à l'Académie de médecine, l'opération qui porte à juste titre son nom et qu'il employait méthodiquement depuis 1887 [1].

Dans ces communications, PÉAN avançait que le meilleur moyen de guérir les suppurations annexielles consistait dans l'extirpation par la voie vaginale de l'utérus et des annexes enflammées.

Ces communications eurent un grand retentissement. SEGOND se fit en France l'éloquent défenseur de l'opération de PÉAN. Son exemple et ses arguments développés dans le lumineux rapport qu'il lut au Congrès de Bruxelles en 1892 convertirent un grand nombre de chirurgiens qui résistaient encore. En France, en effet, TERRIER, POZZI combattaient cette opération et continuaient à lui préférer la laparotomie. BOUILLY, RICHELOT, ne l'acceptaient guère que dans certains cas graves et à titre de drainage pelvien. Mais peu à peu bien des résistances cessèrent

[1] Au sujet des revendications de priorité qui se sont produites à ce sujet, voir le livre de PICHEVIN. *De l'extirpation totale de l'utérus par la voie vaginale*, Paris, 1897. Cette question est discutée à fond. On y trouvera en outre une bonne description de la plupart des procédés opératoires. Voir aussi à ce sujet : DELAGENIÈRE. *Chirurgie de l'utérus*, Paris, 1899.

et la castration vaginale gagna de plus en plus de terrain. Sous l'influence de son créateur, PÉAN, de son ardent propagateur, SEGOND, et de nombreux chirurgiens, parmi lesquels RICHELOT, DOYEN, RECLUS, QUÉNU, ROUTIER, en France, JACOBS, ROUFFART, LANDAU et beaucoup d'autres à l'étranger, elle fut définitivement acceptée et semblait devoir conserver une place prépondérante, lorsque les progrès accomplis dans la technique de l'hystérectomie abdominale sont venus depuis quatre ou cinq ans restreindre singulièrement ses indications. Il est certain, dès aujourd'hui, que l'hystérectomie vaginale voit peu à peu diminuer le nombre de ses partisans qui se rallient à l'hystérectomie abdominale, au moins dans un très grand nombre de cas. Je crois, pour ma part, que l'époque de son triomphe est passé et qu'elle ne reverra plus les enthousiasmes qu'elle a suscités de 1892 à 1897. Mais si nous avons mieux aujourd'hui, il n'en est pas moins vrai que ces enthousiasmes étaient légitimes, car l'hystérectomie vaginale pour suppurations pelviennes est une opération parfois merveilleuse et qui reste toujours indiquée dans certains cas où elle donne des succès admirables qu'elle est seule à pouvoir donner[1].

Le principe de cette opération est bien simple. Lorsque les annexes sont atteintes de lésions inflammatoires graves et transformées en poches purulentes, l'extirpation de l'utérus par la voie vaginale permet d'arriver jusqu'à elles, de les enlever, si elles sont mobiles et énucléables, de les ouvrir et de les vider si elles sont trop adhérentes pour pouvoir être attirées vers le bas. La brèche que forme l'extirpation de l'utérus au milieu des poches annexielles rompues constitue une voie de drainage absolument parfaite, par où s'écoule le pus. Sous l'influence de leur ouverture et du drainage vaginal, les poches annexielles qui n'ont pas été enlevées se détergent, bourgeon-

[1] Parmi les thèses nombreuses inspirées par cette question, je citerai avant tout celle de LAFOURCADE (Hystérectomie vaginale dans les suppurations péri-utérines), Paris, 1892, et de BAUDRON (De l'hystérectomie vaginale dans les lésions inflammatoires des annexes). Th. Paris, 1895.

nent et guérissent, en somme, comme guérissent les abcès ordinaires bien drainés, en quelque région qu'ils se trouvent.

Il est de fait que, dans un grand nombre de cas, c'est ainsi que les choses se passent. L'hystérectomie vaginale a même en réalité donné plus qu'on n'aurait pu le prévoir, et il n'est pas rare, après cette opération, de voir guérir des cas vraiment désespérés et devant lesquels toute autre opération, quelle qu'elle soit, serait restée impuissante et mortelle.

TECHNIQUE DE L'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE

POUR SUPPURATIONS PELVIENNES

On peut presque dire de l'hystérectomie vaginale qu'elle est, suivant les circonstances, l'opération la plus facile, mais aussi la plus difficile qu'on puisse rencontrer, et s'il est des cas dans lesquels on peut l'exécuter en deux ou trois minutes à peine, il en est d'autres où l'on peut mettre une heure et une heure et demie pour extirper à grand'peine un utérus de volume normal, mais immobile, inabaissable, et enclavé de tous côtés dans des adhérences remplissant le petit bassin.

Une opération aussi inégale ne saurait être toujours menée à bien par le même procédé. Aussi est-il indispensable d'en connaître et d'en bien connaître plusieurs. Il faut pouvoir, en présence de difficultés inattendues, changer sa manière de faire. Il faut savoir parer à tous les accidents. Il est certain que cette opération, dans les cas compliqués, à cause de la profondeur à laquelle on opère, lorsque l'utérus ne s'abaisse pas, est celle qui met le chirurgien aux prises avec les difficultés les plus terribles, et dont il ne peut dire, au moment où il la commence, comment il la terminera. Aussi est-il indispensable, dans les cas qui ne paraissent pas devoir être très simples, de posséder parfaitement cette opération, de l'avoir bien « en main », si l'on veut l'aborder avec calme et tranquillité, et par conséquent la bien faire.

et la castration vaginale gagna de plus en plus de terrain. Sous l'influence de son créateur, PÉAN, de son ardent propagateur, SEGOND, et de nombreux chirurgiens, parmi lesquels RICHELOT, DOYEN, RECLUS, QUÉNU, ROUTIER, en France, JACOBS, ROUFFART, LANDAU et beaucoup d'autres à l'étranger, elle fut définitivement acceptée et semblait devoir conserver une place prépondérante, lorsque les progrès accomplis dans la technique de l'hystérectomie abdominale sont venus depuis quatre ou cinq ans restreindre singulièrement ses indications. Il est certain, dès aujourd'hui, que l'hystérectomie vaginale voit peu à peu diminuer le nombre de ses partisans qui se rallient à l'hystérectomie abdominale, au moins dans un très grand nombre de cas. Je crois, pour ma part, que l'époque de son triomphe est passé et qu'elle ne reverra plus les enthousiasmes qu'elle a suscités de 1892 à 1897. Mais si nous avons mieux aujourd'hui, il n'en est pas moins vrai que ces enthousiasmes étaient légitimes, car l'hystérectomie vaginale pour suppurations pelviennes est une opération parfois merveilleuse et qui reste toujours indiquée dans certains cas où elle donne des succès admirables qu'elle est seule à pouvoir donner[1].

Le principe de cette opération est bien simple. Lorsque les annexes sont atteintes de lésions inflammatoires graves et transformées en poches purulentes, l'extirpation de l'utérus par la voie vaginale permet d'arriver jusqu'à elles, de les enlever, si elles sont mobiles et énucléables, de les ouvrir et de les vider si elles sont trop adhérentes pour pouvoir être attirées vers le bas. La brèche que forme l'extirpation de l'utérus au milieu des poches annexielles rompues constitue une voie de drainage absolument parfaite, par où s'écoule le pus. Sous l'influence de leur ouverture et du drainage vaginal, les poches annexielles qui n'ont pas été enlevées se détergent, bourgeon-

[1] Parmi les thèses nombreuses inspirées par cette question, je citerai avant tout celle de LAFOURCADE (Hystérectomie vaginale dans les suppurations péri-utérines), Paris, 1892, et de BAUDRON (De l'hystérectomie vaginale dans les lésions inflammatoires des annexes). Th. Paris, 1895.

nent et guérissent, en somme, comme guérissent les abcès ordinaires bien drainés, en quelque région qu'ils se trouvent.

Il est de fait que, dans un grand nombre de cas, c'est ainsi que les choses se passent. L'hystérectomie vaginale a même en réalité donné plus qu'on n'aurait pu le prévoir, et il n'est pas rare, après cette opération, de voir guérir des cas vraiment désespérés et devant lesquels toute autre opération, quelle qu'elle soit, serait restée impuissante et mortelle.

TECHNIQUE DE L'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE

POUR SUPPURATIONS PELVIENNES

On peut presque dire de l'hystérectomie vaginale qu'elle est, suivant les circonstances, l'opération la plus facile, mais aussi la plus difficile qu'on puisse rencontrer, et s'il est des cas dans lesquels on peut l'exécuter en deux ou trois minutes à peine, il en est d'autres où l'on peut mettre une heure et une heure et demie pour extirper à grand'peine un utérus de volume normal, mais immobile, inabaissable, et enclavé de tous côtés dans des adhérences remplissant le petit bassin.

Une opération aussi inégale ne saurait être toujours menée à bien par le même procédé. Aussi est-il indispensable d'en connaître et d'en bien connaître plusieurs. Il faut pouvoir, en présence de difficultés inattendues, changer sa manière de faire. Il faut savoir parer à tous les accidents. Il est certain que cette opération, dans les cas compliqués, à cause de la profondeur à laquelle on opère, lorsque l'utérus ne s'abaisse pas, est celle qui met le chirurgien aux prises avec les difficultés les plus terribles, et dont il ne peut dire, au moment où il la commence, comment il la terminera. Aussi est-il indispensable, dans les cas qui ne paraissent pas devoir être très simples, de posséder parfaitement cette opération, de l'avoir bien « en main », si l'on veut l'aborder avec calme et tranquillité, et par conséquent la bien faire.

Un chirurgien doit toujours être bien outillé. Avec de bons instruments une opération difficile paraîtra presque simple; avec des instruments insuffisants, l'opération la plus simple paraîtra difficile. Cette vérité n'est nulle part aussi évidente que pour l'hystérectomie vaginale. Il faut avoir à sa disposition des instruments parfaits : valves courtes et longues, larges et étroites (fig. 85, 90); pinces de Museux à deux ou trois dents

Fig. 82.

Gros ciseaux courbes.

(fig. 87, 88), solides et permettant de bonnes prises. En cas d'utérus friable on fera bien d'avoir des pinces de Museux dont les dents sont accompagnées d'un plateau à arêtes transversales, empêchant le dérapage (fig. 85). Il faut encore des pinces à pression en nombre suffisant, dont le plus grand nombre à mors courts, — celles dont les mors ont de 4 à 5 centimètres, sont les meilleures (fig. 84, 91, 101). Il en faut cependant à mors plus longs et d'autres à mors plus courts, en cas de besoin (fig. 92). Il faut enfin des pinces à anneaux pour l'abaissement des annexes (fig. 89), sans compter l'outillage ordinaire des opérations utérines, bons ciseaux courbes et droits, bons bistouris, etc.

Dans les cas simples, lorsque l'utérus est bien mobile et s'abaisse facilement, tous les procédés sont bons, et l'extirpa-

tion de l'utérus est une des opérations les plus régulières et les moins compliquées qui se puissent voir.

Fig. 83.
Gros ciseaux droits.

Fig. 84.
Pince à mors courts de 23 cent. (Segond).

Cependant pour les cas faciles et aussi pour les cas de dif-

ficulté moyenne dans lesquels l'utérus, sans s'abaisser très

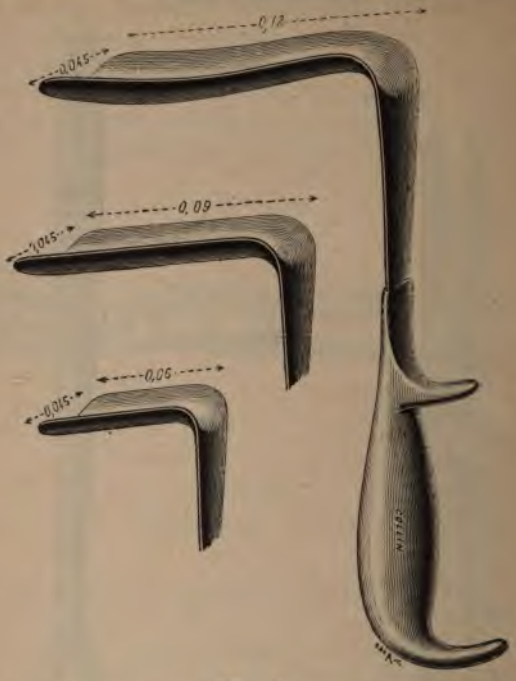


Fig. 85.
Valves de Doyen pour hystérectomie vaginale.

facilement, se laisse cependant amener peu à peu et sans trop

Fig. 86.
Pince à griffes et à plateaux, modèle de J.-L. Faure.

de peine, il est un procédé qui me paraît supérieur à tous les

les autres par sa facilité, son élégance et sa rapidité ; c'est le procédé de Doyen, par *hémisection antérieure* de l'utérus.

Fig. 87.
Pince de Museux à abaissement de 24 cent.

Procédé de Doyen. — Voici comment on l'exécute :
Le col étant saisi solidement de chaque côté par une bonne

Fig. 88.
Même pince, grandeur naturelle.

pince à abaissement, et la paroi vaginale postérieure maintenue par une valve, qu'il faut choisir courte, le vagin est incisé dans

Fig. 89.
Pince pour abaisser les annexes.

le cul-de-sac postérieur au niveau de son insertion utérine, avec de gros ciseaux courbes (fig. 82) qui sont, pour cet usage, infiniment supérieurs au bistouri. Il est bon que l'incision remonte

assez haut, en arrière, à 2 bons centimètres au moins, si l'on veut trancher la paroi vaginale elle-même et pénétrer dans le cul-de-sac de Douglas au lieu de rester dans l'épaisseur du tissu utérin. Parfois le péritoine est ouvert du premier coup de ciseaux. En général, la paroi vaginale seule est coupée. Il suffit alors de porter le doigt sur la face postérieure de l'utérus, pour sentir glisser le feuillet péritonéal qu'on incise ou qu'on effondre.

Dès que le péritoine est ouvert, si on le juge nécessaire, on introduit le doigt dans son intérieur et on l'explore. Cette exploration ne donne pas toujours de résultats bien nets. Le doigt ne peut pas remonter bien haut dans le péritoine et si les annexes ne sont pas prolabées, on peut parfaitement ne pas les sentir, même lorsqu'elles sont malades. Mais pour peu qu'elles soient dans le cul-de-sac, derrière l'utérus, on les sent assez bien, et ces renseignements positifs ont une grosse importance. Si les deux annexes sont malades, on continue l'opération et, reprenant les ciseaux courbes, on achève

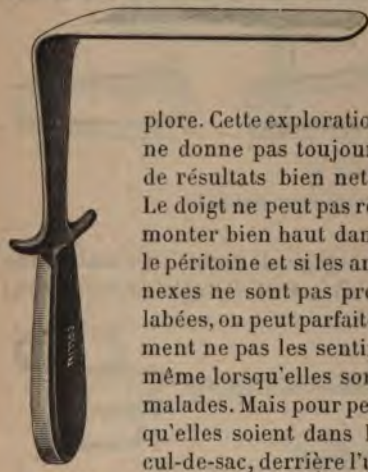


Fig. 90.
Valve étroite.

Fig. 91.
Pince à mors courbes.

la section annulaire de l'insertion vaginale du col (fig. 93, 94). En avant il faut avoir soin de ne pas s'éloigner de plus d'un centimètre environ de la lèvre antérieure, si l'on veut ménager sûrement la vessie.

Dans les cas où on est certain de la bilatéralité des lésions

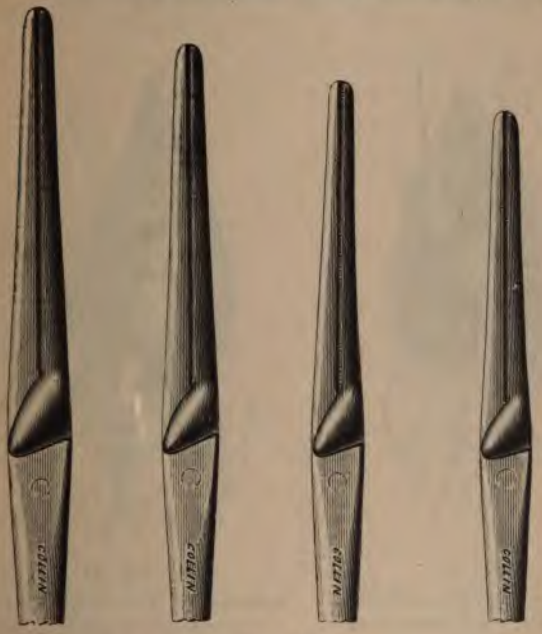


Fig. 92.

Pinces de 18, 16, 15 et 13 cent. de longueur, à mors de diverses dimensions (grandeur naturelle).

et où on peut se passer de l'exploration du cul-de-sac de Douglas, cette incision circulaire du col se fait immédiatement, ce qui ne demande d'ailleurs que quelques secondes. La face antérieure du col est alors dénudée et séparée de la vessie. Cette manœuvre se fait soit avec les ciseaux qui remontent peu

et la castration vaginale gagna de plus en plus de terrain. Sous l'influence de son créateur, Péan, de son ardent propagateur, Segond, et de nombreux chirurgiens, parmi lesquels Richelot, Doyen, Reclus, Quénu, Routier, en France, Jacobs, Rouffart, Landau et beaucoup d'autres à l'étranger, elle fut définitivement acceptée et semblait devoir conserver une place prépondérante, lorsque les progrès accomplis dans la technique de l'hystérectomie abdominale sont venus depuis quatre ou cinq ans restreindre singulièrement ses indications. Il est certain, dès aujourd'hui, que l'hystérectomie vaginale voit peu à peu diminuer le nombre de ses partisans qui se rallient à l'hystérectomie abdominale, au moins dans un très grand nombre de cas. Je crois, pour ma part, que l'époque de son triomphe est passé et qu'elle ne reverra plus les enthousiasmes qu'elle a suscités de 1892 à 1897. Mais si nous avons mieux aujourd'hui, il n'en est pas moins vrai que ces enthousiasmes étaient légitimes, car l'hystérectomie vaginale pour suppurations pelviennes est une opération parfois merveilleuse et qui reste toujours indiquée dans certains cas où elle donne des succès admirables qu'elle est seule à pouvoir donner[1].

Le principe de cette opération est bien simple. Lorsque les annexes sont atteintes de lésions inflammatoires graves et transformées en poches purulentes, l'extirpation de l'utérus par la voie vaginale permet d'arriver jusqu'à elles, de les enlever, si elles sont mobiles et énucléables, de les ouvrir et de les vider si elles sont trop adhérentes pour pouvoir être attirées vers le bas. La brèche que forme l'extirpation de l'utérus au milieu des poches annexielles rompues constitue une voie de drainage absolument parfaite, par où s'écoule le pus. Sous l'influence de leur ouverture et du drainage vaginal, les poches annexielles qui n'ont pas été enlevées se détergent, bourgeon-

[1] Parmi les thèses nombreuses inspirées par cette question, je citerai avant tout celle de Lafourcade (Hystérectomie vaginale dans les suppurations péri-utérines), Paris, 1892, et de Baudron (De l'hystérectomie vaginale dans les lésions inflammatoires des annexes). Th. Paris, 1895.

nent et guérissent, en somme, comme guérissent les abcès ordinaires bien drainés, en quelque région qu'ils se trouvent.

Il est de fait que, dans un grand nombre de cas, c'est ainsi que les choses se passent. L'hystérectomie vaginale a même en réalité donné plus qu'on n'aurait pu le prévoir, et il n'est pas rare, après cette opération, de voir guérir des cas vraiment désespérés et devant lesquels toute autre opération, quelle qu'elle soit, serait restée impuissante et mortelle.

TECHNIQUE DE L'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE

POUR SUPPURATIONS PELVIENNES

On peut presque dire de l'hystérectomie vaginale qu'elle est, suivant les circonstances, l'opération la plus facile, mais aussi la plus difficile qu'on puisse rencontrer, et s'il est des cas dans lesquels on peut l'exécuter en deux ou trois minutes à peine, il en est d'autres où l'on peut mettre une heure et une heure et demie pour extirper à grand'peine un utérus de volume normal, mais immobile, inabaissable, et enclavé de tous côtés dans des adhérences remplissant le petit bassin.

Une opération aussi inégale ne saurait être toujours menée à bien par le même procédé. Aussi est-il indispensable d'en connaître et d'en bien connaître plusieurs. Il faut pouvoir, en présence de difficultés inattendues, changer sa manière de faire. Il faut savoir parer à tous les accidents. Il est certain que cette opération, dans les cas compliqués, à cause de la profondeur à laquelle on opère, lorsque l'utérus ne s'abaisse pas, est celle qui met le chirurgien aux prises avec les difficultés les plus terribles, et dont il ne peut dire, au moment où il la commence, comment il la terminera. Aussi est-il indispensable, dans les cas qui ne paraissent pas devoir être très simples, de posséder parfaitement cette opération, de l'avoir bien « en main », si l'on veut l'aborder avec calme et tranquillité, et par conséquent la bien faire.

Un chirurgien doit toujours être bien outillé. Avec de bons instruments une opération difficile paraîtra presque simple; avec des instruments insuffisants, l'opération la plus simple paraîtra difficile. Cette vérité n'est nulle part aussi évidente que pour l'hystérectomie vaginale. Il faut avoir à sa disposition des instruments parfaits : valves courtes et longues, larges et étroites (fig. 85, 90); pinces de Museux à deux ou trois dents

Fig. 82.

Gros ciseaux courbes.

(fig. 87, 88), solides et permettant de bonnes prises. En cas d'utérus friable on fera bien d'avoir des pinces de Museux dont les dents sont accompagnées d'un plateau à arêtes transversales, empêchant le dérapage (fig. 85). Il faut encore des pinces à pression en nombre suffisant, dont le plus grand nombre à mors courts, — celles dont les mors ont de 4 à 5 centimètres, sont les meilleures (fig. 84, 91, 101). Il en faut cependant à mors plus longs et d'autres à mors plus courts, en cas de besoin (fig. 92). Il faut enfin des pinces à anneaux pour l'abaissement des annexes (fig. 89), sans compter l'outillage ordinaire des opérations utérines, bons ciseaux courbes et droits, bons bistouris, etc.

Dans les cas simples, lorsque l'utérus est bien mobile et s'abaisse facilement, tous les procédés sont bons, et l'extirpa-

tion de l'utérus est une des opérations les plus régulières et les moins compliquées qui se puissent voir.

Fig. 83.
Gros ciseaux droits.

Fig. 84.
Pince à mors courts de 23 cent. (Segond).

Cependant pour les cas faciles et aussi pour les cas de dif-

pour abaisser les annexes d'une pince à anneaux qui les saisit doucement et les abaisse peu à peu en combinant son action avec celle des doigts. Il est bon de commencer par les annexes gauches.

Lorsqu'elles sont abaissées et extériorisées, Doyen saisit le ligament large entier de haut en bas, en dehors des annexes, avec une grande pince à mors élastiques qu'il serre à fond,

Fig. 101.
Pinces de J.-L. Faure pour hystérectomie vaginale.

Fig. 100.
Pincement du ligament large avec les pinces de Doyen à mors longs.

Fig. 102.
Pincement du ligament large avec des pinces à mors courts.

après s'être assuré que son extrémité dépasse bien le bord inférieur du ligament large, qui doit être pris avec d'autant plus de soin que c'est lui qui contient les vaisseaux les plus importants. En dehors de sa grande pince, Doyen applique une pince de même modèle, mais beaucoup plus mince. C'est une « pince de sûreté ». Le ligament large est alors sectionné

en dedans de la grande pince. L'utérus ne tient plus que par le ligament large droit. On répète sur lui la manœuvre précédente, qui est rendue beaucoup plus facile par la mobilité de l'organe, et après avoir abaissé les annexes et mis en dehors d'elles, sur toute la hauteur du ligament large, une grande pince renforcée d'une pince de sûreté (fig. 100), le ligament large droit est sectionné.

L'opération est terminée.

Lorsque l'utérus est mobile et les annexes peu adhérentes, elle est, je le répète, d'une facilité extraordinaire et s'exécute en quelques minutes. C'est une opération très brillante.

Personnellement je n'aime pas la grande pince de Doyen. La forme même de ses mors l'empêche de serrer en son milieu et j'ai vu deux fois le ligament large saisi de haut en bas et sectionné, s'échapper peu à peu par sa partie moyenne et ne plus tenir que par ses deux parties extrêmes. J'ai eu de ce fait une hémorragie ennuyeuse. Je sais bien que la pince de sûreté est destinée à remédier à cet inconvénient, mais elle n'est pas toujours facile à mettre en dehors de la grande pince, qui tient déjà beaucoup de place, et, puisqu'il faut mettre deux pinces, je préfère de beaucoup, à l'exemple d'un grand nombre de chirurgiens, mettre deux pinces à mors courts, longues de 4 à 5 centimètres environ, l'une sur la partie supérieure et l'autre sur la partie inférieure du ligament large.

Il existe de nombreux modèles de ces pinces. J'en ai fait faire par M. Collin, à mors courts et puissants et qui présentent une certaine élasticité, calculée de façon à ce que, lorsqu'elles sont fermées à fond, elles serrent très fortement sur toute leur étendue (fig. 101). Je les préfère à toutes les autres.

La pince supérieure est toujours mise de haut en bas sur la partie supérieure du ligament large qu'on incise ensuite le long de la partie interne des mors. La pince inférieure est, suivant la commodité, soit insinuée de haut en bas, en dedans de la première pince, pour saisir l'étage inférieur du ligament large, soit

placée de bas en haut, en allant à la rencontre de la première sur laquelle elle doit chevaucher. Pour ma part, je préfère cette façon d'agir (fig. 102, 103). Dans cette manœuvre les doigts

Fig. 103.

Placement de deux pinces à mors courts, l'une de haut en bas, l'autre de bas en haut, sur le ligament large gauche.

de la main gauche qui coiffent toujours l'utérus, servent de guide à chaque pince et contrôlent son extrémité. En général ces deux pinces suffisent de chaque côté. Elles sont beaucoup moins gênantes, et, à mon avis, beaucoup plus sûres que les grandes pinces de Doyen. Si quelque point du ligament large paraît mal étreint, on n'hésitera pas à placer sur lui une troisième et au besoin une quatrième pince.

Le ligament large gauche étant sectionné en dedans des pinces, on place de même les pinces à droite et on termine l'opération comme il a été dit plus haut (fig. 104).

Certains chirurgiens, et en particulier Bouilly, ont l'habitude

de fermer le fond du vagin par un ou deux points de suture au catgut unissant entre elles les tranches antérieures et postérieures de la section vaginale.

Telle est la marche d'une hystérectomie pratiquée par ce procédé dans des conditions régulières et simples.

Mais les choses, même lorsque l'abaissement et l'extériorisation de l'utérus est possible, ne vont pas toujours aussi commodément.

Souvent, malgré des tractions prudentes et répétées, les annexes ne viennent pas. Comme il est impossible de se rendre compte de l'importance, de la solidité et de la situation des adhérences qui les fixent vers le haut aux parois pelviennes et quelquefois aux intestins; comme des tractions trop énergiques et toujours aveugles pourraient produire des déchirures graves, on est souvent obligé de les laisser, ou de ne les enlever qu'en partie, en extirpant morceau par morceau les lambeaux qui se laissent atteindre. Dans ces conditions on met les pinces supérieures en dedans du pédicule annexiel, près de la corne utérine, et on enlève l'utérus seul, en ouvrant autant que possible les poches purulentes, mais en laissant dans le ventre des débris d'annexes et parfois même des annexes entières.

Fig. 104.

Le ligament gauche est sectionné. Mise en place de la pince supérieure droite.

Quelquefois, pour une raison quelconque, au début de l'opération le cul-de-sac postérieur n'a pas été ouvert. C'est là un incident sans importance. Lorsque l'utérus est extériorisé et que les doigts de la main gauche ont été portés par-dessus son fond, sur sa face postérieure, il est en général très facile d'effondrer ce cul-de-sac postérieur avec le doigt, mais alors de haut en bas. S'il est trop résistant une pince glissée de bas en haut, derrière le col et guidée par le doigt, viendra perforer sur lui la cloison qui persiste encore.

Enfin il est des cas, et qui ne sont pas rares, dans lesquels l'utérus arrivant à la vulve s'arrête, sans qu'il soit possible d'introduire les doigts derrière lui, ni par conséquent de saisir avec une pince la partie supérieure du ligament large. Dans ces conditions, il faut, avec les ciseaux droits, sectionner la paroi postérieure de l'utérus, mais cette fois de haut en bas, du fond vers le col, de façon à transformer l'hémisection antérieure en une section totale. Il suffit d'ailleurs souvent d'arrêter cette section postérieure au niveau du col, de sorte que les deux moitiés utérines tiennent encore l'une à l'autre par la partie postérieure du col. Dans ces cas, où l'utérus ne s'abaisse qu'à moitié, cette section totale de l'utérus facilite énormément la prise du ligament large par les pinces. C'est une transformation du procédé de Doyen en procédé de Muller-Quénu, procédé également excellent, surtout dans les cas difficiles.

Procédé de Muller-Quénu. — En 1882, Muller conseilla de fendre l'utérus sur la ligne médiane de façon à pouvoir l'abaisser plus facilement et placer ainsi une ligature solide sur l'étage supérieur du ligament large. Cette section médiane, au dire de Muller, devrait être faite après la bascule de l'utérus. Il ne pensait donc pas qu'en commençant par cette section médiane on pourrait aussi faciliter la descente de l'organe. C'est au contraire ce qu'a parfaitement compris Quénu qui, dès 1892, a adopté et vulgarisé ce procédé, qui est excellent. Il est donc juste d'associer ici le nom de Quénu à celui de Muller.

Ce procédé peut être employé dans deux circonstances bien

différentes. En premier lieu, et c'est le cas auquel je viens de faire allusion à la fin du précédent paragraphe, il peut rendre de grands services lorsque, après extériorisation de l'utérus par hémisection antérieure, il est impossible de le faire descendre assez bas pour introduire les doigts derrière lui et aller manœuvrer du côté des annexes. On peut alors sectionner la paroi postérieure soit de haut en bas, soit de bas en haut, selon la commodité, en prenant grand soin de diriger avec le doigt la branche postérieure des ciseaux, de façon à éviter tout accident. Lorsque la section complète est terminée, on a beaucoup plus de jour et de facilité pour explorer et abaisser les annexes, placer les pinces sur les ligaments larges et terminer l'opération.

Mais il est une autre circonstance dans laquelle ce procédé rend des services plus considérables encore. C'est lorsque, dans des cas difficiles avec adhérences étendues, l'utérus s'abaisse mal.

Dans ces conditions, l'hémisection antérieure qui, je le répète, n'est surtout commode, rapide et brillante que dans les cas faciles, est souvent absolument insuffisante. Elle ne fait, en effet, rien ou à peu près rien pour l'abaissement du col, elle n'abaisse que la partie moyenne et le fond de l'utérus en mettant celui-ci en antéflexion forcée. Mais si l'utérus est fixé en bloc, surtout au niveau de sa partie postérieure, l'antéflexion et la bascule en avant ne pourront pas se produire, le col ne bougera pas et la section de la paroi antérieure elle-même pourra être impossible.

C'est alors que la section totale rendra les plus grands services. Elle permet en effet à l'utérus, divisé en deux valves latérales qui s'écartent de plus en plus à mesure que la section progresse, de descendre directement en suivant l'axe du bassin, sans avoir besoin d'exécuter aucun mouvement de bascule soit en avant, soit en arrière. Chaque moitié de l'utérus bascule en effet vers l'axe du bassin et l'utérus s'ouvre de bas en haut et s'effondre, pour ainsi dire, de haut en bas pendant que ses deux moitiés latérales, attirées vers le bas, s'écartent d'autant plus l'une de l'autre que la section se rapproche davantage du fond de l'utérus (fig. 107).

Tel est le principe qui, dans certains cas difficiles, rend ce procédé supérieur à tous les autres.

Le manuel opératoire ne présente rien de bien particulier. La désinsertion vaginale, le décollement de la vessie, l'ouverture des culs-de-sac péritonéaux postérieur et antérieur se font comme dans l'hémisection antérieure. On a cependant moins encore à s'occuper du cul-de-sac postérieur, à moins

Fig. 105.
Procédé de Muller-Quénu.
Le vagin est désinséré. Commencement de l'hémisection totale.

Fig. 106.
L'hémisection est poussée plus loin.

qu'on ne juge utile de faire une exploration des annexes, car, au moment de la section de la paroi postérieure de l'utérus il sera nécessairement ouvert, comme est ouvert le cul-de-sac vésico-utérin dans l'hémisection antérieure.

La vessie et le rectum étant bien protégés par des valves, on tire donc sur les deux pinces solides qui ont saisi le col par ses côtés et on sectionne avec de forts ciseaux droits la paroi antérieure et la paroi postérieure (fig. 105). Les deux valves ainsi formées par le col hémisectionné s'écartent sous l'influence des pinces cervicales qui tirent en divergeant (fig. 106).

On saisit avec d'autres pinces les lèvres de la section aussi près que possible de son extrémité supérieure et on prolonge vers le haut cette section sur toute l'épaisseur de l'utérus. Sous l'influence de nouvelles tractions, l'utérus s'ouvre, ses deux moitiés divergent de plus en plus, et finalement on arrive, en général assez facilement, jusqu'à sa partie supérieure (fig. 107).

Fig. 107.
L'hémisection est presque terminée. L'utérus s'ouvre et s'abaisse peu à peu.

Pendant tout le temps de cette opération, il faut avoir le plus grand soin de ne pas s'écarter de la ligne médiane, ce qui est assez facile si l'on sait se guider sur la cavité utérine.

Il peut être quelquefois très difficile de sectionner la paroi postérieure qui refuse de s'abaisser. Il faut alors, pendant que l'aide tire fortement sur les pinces, introduire l'index en arrière de l'utérus et glisser en avant de lui la branche postérieure des ciseaux. Dans quelques cas, si cette manœuvre est impossible, on peut sectionner directement la paroi postérieure avec un bistouri qui l'entame d'avant en arrière, de la muqueuse vers la séreuse. Mais il faut faire alors la plus grande attention et éviter de dépasser le tissu utérin, de peur d'aller

blesser le rectum ou une anse intestinale qui pourrait adhérer à sa face postérieure.

Lorsque la section complète est terminée, il ne reste plus qu'à placer les pinces. Les règles ne diffèrent pas ici de celles que j'ai données plus haut. LEGUEU donne un conseil que je

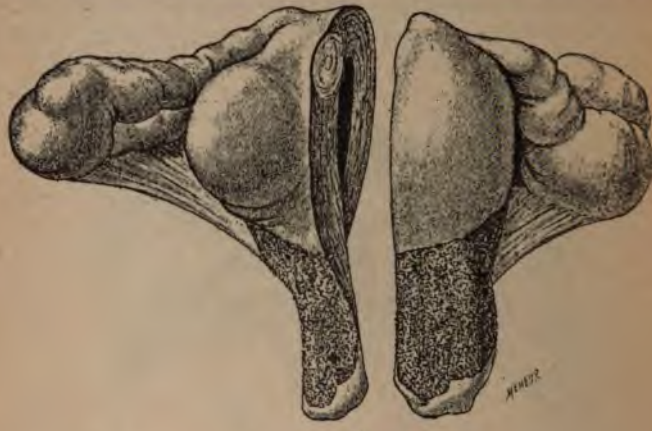


Fig. 108.

Utérus fibromateux enlevé avec les annexes par le procédé de MULLER-QUÉNU (LABADIE-LAGRAVE et LEGUEU).

crois très bon. Pour éviter d'encombrer le champ opératoire, au lieu d'attirer vers le bas les deux moitiés de l'utérus, on refoule vers le haut celle dont on ne veut s'occuper qu'en second lieu, en général la droite (fig. 109). Cette moitié droite est donc refoulée dans le petit bassin, à la place qu'elle occupait avant d'avoir été abaissée, le champ opératoire se trouve dégagé et la main gauche peut manœuvrer plus facilement autour de la moitié gauche pour libérer les annexes et les attirer vers le bas. Lorsque la moitié gauche est enlevée, on amène de nouveau au dehors la moitié droite qu'on enlève comme la précédente ; il est alors préférable pour libérer les annexes de se servir de la main droite.

Je crois donc devoir conseiller le refoulement d'une moitié utérine, lorsqu'on en aura besoin. Il peut arriver que cette manœuvre, en supprimant la traction exercée sur les vaisseaux, détermine une hémorragie d'une certaine impor-

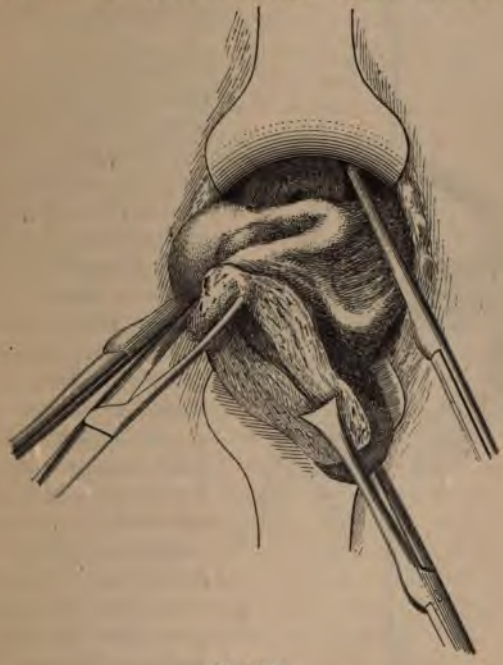


Fig. 109.
Refoulement de la moitié utérine droite pour abaisser plus facilement la gauche.

tance. Si cette éventualité se produit, on se bornera à attirer de nouveau vers le bas la moitié utérine ainsi refoulée, pour tendre et oblitérer les vaisseaux qui s'y rendent.

Avec ces deux procédés opératoires combinés au besoin suivant les circonstances, on pourra mener à bien la plupart des hystérectomies. Il peut être cependant nécessaire dans des cas

et la castration vaginale gagna de plus en plus de terrain. Sous l'influence de son créateur, PÉAN, de son ardent propagateur, SEGOND, et de nombreux chirurgiens, parmi lesquels RICHELOT, DOYEN, RECLUS, QUÉNU, ROUTIER, en France, JACOBS, ROUFFART, LANDAU et beaucoup d'autres à l'étranger, elle fut définitivement acceptée et semblait devoir conserver une place prépondérante, lorsque les progrès accomplis dans la technique de l'hystérectomie abdominale sont venus depuis quatre ou cinq ans restreindre singulièrement ses indications. Il est certain, dès aujourd'hui, que l'hystérectomie vaginale voit peu à peu diminuer le nombre de ses partisans qui se rallient à l'hystérectomie abdominale, au moins dans un très grand nombre de cas. Je crois, pour ma part, que l'époque de son triomphe est passé et qu'elle ne reverra plus les enthousiasmes qu'elle a suscités de 1892 à 1897. Mais si nous avons mieux aujourd'hui, il n'en est pas moins vrai que ces enthousiasmes étaient légitimes, car l'hystérectomie vaginale pour suppurations pelviennes est une opération parfois merveilleuse et qui reste toujours indiquée dans certains cas où elle donne des succès admirables qu'elle est seule à pouvoir donner[1].

Le principe de cette opération est bien simple. Lorsque les annexes sont atteintes de lésions inflammatoires graves et transformées en poches purulentes, l'extirpation de l'utérus par la voie vaginale permet d'arriver jusqu'à elles, de les enlever, si elles sont mobiles et énucléables, de les ouvrir et de les vider si elles sont trop adhérentes pour pouvoir être attirées vers le bas. La brèche que forme l'extirpation de l'utérus au milieu des poches annexielles rompues constitue une voie de drainage absolument parfaite, par où s'écoule le pus. Sous l'influence de leur ouverture et du drainage vaginal, les poches annexielles qui n'ont pas été enlevées se détergent, bourgeon-

[1] Parmi les thèses nombreuses inspirées par cette question, je citerai avant tout celle de LAFOURCADE (Hystérectomie vaginale dans les suppurations péri-utérines), Paris, 1892, et de BAUDRON (De l'hystérectomie vaginale dans les lésions inflammatoires des annexes). Th. Paris, 1895.

nent et guérissent, en somme, comme guérissent les abcès ordinaires bien drainés, en quelque région qu'ils se trouvent.

Il est de fait que, dans un grand nombre de cas, c'est ainsi que les choses se passent. L'hystérectomie vaginale a même en réalité donné plus qu'on n'aurait pu le prévoir, et il n'est pas rare, après cette opération, de voir guérir des cas vraiment désespérés et devant lesquels toute autre opération, quelle qu'elle soit, serait restée impuissante et mortelle.

TECHNIQUE DE L'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE

POUR SUPPURATIONS PELVIENNES

On peut presque dire de l'hystérectomie vaginale qu'elle est, suivant les circonstances, l'opération la plus facile, mais aussi la plus difficile qu'on puisse rencontrer, et s'il est des cas dans lesquels on peut l'exécuter en deux ou trois minutes à peine, il en est d'autres où l'on peut mettre une heure et une heure et demie pour extirper à grand'peine un utérus de volume normal, mais immobile, inabaissable, et enclavé de tous côtés dans des adhérences remplissant le petit bassin.

Une opération aussi inégale ne saurait être toujours menée à bien par le même procédé. Aussi est-il indispensable d'en connaître et d'en bien connaître plusieurs. Il faut pouvoir, en présence de difficultés inattendues, changer sa manière de faire. Il faut savoir parer à tous les accidents. Il est certain que cette opération, dans les cas compliqués, à cause de la profondeur à laquelle on opère, lorsque l'utérus ne s'abaisse pas, est celle qui met le chirurgien aux prises avec les difficultés les plus terribles, et dont il ne peut dire, au moment où il la commence, comment il la terminera. Aussi est-il indispensable, dans les cas qui ne paraissent pas devoir être très simples, de posséder parfaitement cette opération, de l'avoir bien « en main », si l'on veut l'aborder avec calme et tranquillité, et par conséquent la bien faire.

Un chirurgien doit toujours être bien outillé. Avec de bons instruments une opération difficile paraîtra presque simple; avec des instruments insuffisants, l'opération la plus simple paraîtra difficile. Cette vérité n'est nulle part aussi évidente que pour l'hystérectomie vaginale. Il faut avoir à sa disposition des instruments parfaits : valves courtes et longues, larges et étroites (fig. 85, 90); pinces de Museux à deux ou trois dents

Fig. 82.
Gros ciseaux courbes.

(fig. 87, 88), solides et permettant de bonnes prises. En cas d'utérus friable on fera bien d'avoir des pinces de Museux dont les dents sont accompagnées d'un plateau à arêtes transversales, empêchant le dérapage (fig. 85). Il faut encore des pinces à pression en nombre suffisant, dont le plus grand nombre à mors courts, — celles dont les mors ont de 4 à 5 centimètres, sont les meilleures (fig. 84, 91, 101). Il en faut cependant à mors plus longs et d'autres à mors plus courts, en cas de besoin (fig. 92). Il faut enfin des pinces à anneaux pour l'abaissement des annexes (fig. 89), sans compter l'outillage ordinaire des opérations utérines, bons ciseaux courbes et droits, bons bistouris, etc.

Dans les cas simples, lorsque l'utérus est bien mobile et s'abaisse facilement, tous les procédés sont bons, et l'extirpa-

tion de l'utérus est une des opérations les plus régulières et les moins compliquées qui se puissent voir.

Fig. 83.
Gros ciseaux droits.

Fig. 84.
Pince à mors courts de 23 cent. (Segond).

Cependant pour les cas faciles et aussi pour les cas de dif-

ficulté moyenne dans lesquels l'utérus, sans s'abaisser très

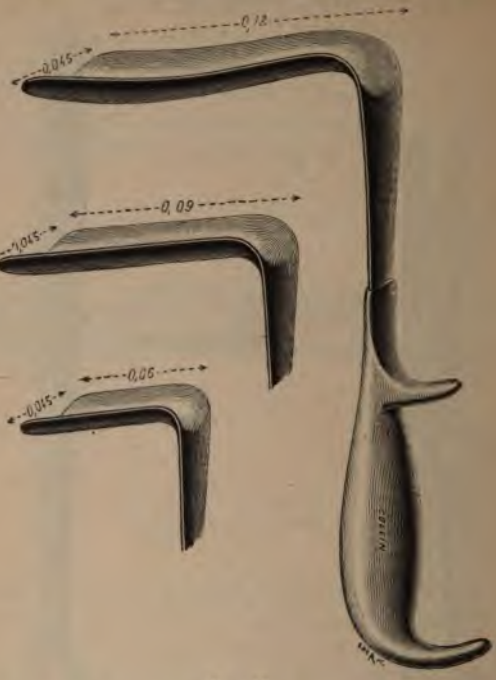


Fig. 85.
Valves de DOYEN pour hystérectomie vaginale.

facilement, se laisse cependant amener peu à peu et sans trop

Fig. 86.
Pince à griffes et à plateaux, modèle de J.-L. FAURE.

de peine, il est un procédé qui me paraît supérieur à tous les

les autres par sa facilité, son élégance et sa rapidité ; c'est le procédé de Doyen, par *hémisection antérieure* de l'utérus.

Fig. $\frac{2}{3}$.
Pince de Museux à abaissement de 24 cent.

Procédé de Doyen. — Voici comment on l'exécute :
Le col étant saisi solidement de chaque côté par une bonne

Fig. 88.
Même pince, grandeur naturelle.

pince à abaissement, et la paroi vaginale postérieure maintenue par une valve, qu'il faut choisir courte, le vagin est incisé dans

Fig. 89.
Pince pour abaisser les annexes.

le cul-de-sac postérieur au niveau de son insertion utérine, avec de gros ciseaux courbes (fig. 82) qui sont, pour cet usage, infiniment supérieurs au bistouri. Il est bon que l'incision remonte

et constaté l'insuffisance du procédé de Doyen, soit en sectionnant d'emblée les deux parois de l'utérus et, cette fois, de bas en haut.

Si l'emploi du procédé de Muller-Quénu semble devoir être difficile, on sectionnera de chaque côté du col la base des ligaments larges, et on aura recours au procédé de Segond.

Enfin si l'utérus est enclavé, immobile et impossible à abaisser, on l'enlèvera en le morcelant à la manière de Péan.

Mais c'est là une conduite idéale et absolument théorique. En pratique, on peut être obligé de combiner ces divers procédés suivant les hasards et les difficultés de l'opération.

L'hystérectomie vaginale est à la fois, je le répète, l'opération la plus facile et la plus difficile de la chirurgie. Il est quelquefois terriblement malaisé de la mener à bien. Pour se tirer d'affaire dans les cas compliqués, il faut posséder à fond les quelques procédés que je viens de passer en revue. Il faut surtout ne s'attacher exclusivement à aucun. Il faut savoir, au besoin, changer son plan de bataille, et modifier sa façon de faire au gré des circonstances.

Rien n'est plus mauvais, dans un cas difficile, que de s'entêter dans l'exécution méthodique d'un procédé, qui ne peut précisément être méthodique que lorsque le cas est régulier et relativement facile.

Il y a cependant deux règles absolues et avec lesquelles on ne doit jamais transiger dans l'exécution de toute hystérectomie vaginale par quelque procédé que ce soit : il ne faut jamais perdre le contact de l'utérus sur lequel une ou plusieurs pinces doivent toujours être amarrées; enfin et surtout, il ne faut jamais, au cours des manœuvres de section et de morcellement, s'écarter de la *ligne médiane*. — Aller vers les bords de l'utérus, lorsqu'il n'est pas encore extériorisé, c'est aller au-devant des fausses prises, des déchirures et surtout des hémorragies les plus redoutables. Il faut donc tout sacrifier à cette obligation de ne pas s'écarter de la ligne médiane.

Et c'est ainsi que, pénétré de ces quelques principes, et avec un peu d'expérience, le chirurgien prendra bientôt la cons-

cience nette de cette opération. Il ne reculera pas devant les difficultés d'une intervention parfois merveilleuse et capable de donner de véritables résurrections, et il se tirera à son honneur des situations les plus difficiles, car, lorsqu'on a assumé la tâche d'enlever un utérus, une fois l'opération commencée, il faut aller jusqu'au bout.

HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE

J'ai dit plus haut les multiples avantages de la castration abdominale totale (voy. p. 199). Je n'y reviens pas, mais comme il existe de grandes différences dans la facilité d'exécution de cette opération suivant les procédés auxquels on a recours, je tiens à insister sur sa technique et à montrer quels sont les obstacles à vaincre et quelle est la meilleure façon de les surmonter [1].

Ce que je vais dire s'applique à l'*hystérectomie totale*, avec enlèvement du col, qui est l'opération type. Je n'aurai que fort peu de chose à y modifier pour appliquer tous les termes de cette discussion à l'*hystérectomie subtotale*.

HYSTÉRECTOMIE TOTALE

Pour pratiquer une hystérectomie totale, il faut, en somme, séparer l'utérus et ses annexes malades des tissus et des organes avoisinants. Or, l'utérus et les annexes ne tiennent à ces tissus et à ces organes que par deux moyens d'union : l'un, très résistant, constant, fixe, toujours semblable à lui-même et anatomiquement bien défini, l'insertion vaginale du col ; l'autre, irrégulier, inconstant, parfois insignifiant et fragile, parfois au contraire tenace, résistant et presque invincible, les adhérences

[1] J'emprunterai la majeure partie de cette discussion à une leçon clinique que j'ai faite à la Charité et dans laquelle cette question de technique est traitée à fond. — Voir J.-L. Faure. Sur la technique de l'hystérectomie abdominale totale dans les suppurations annexielles. Clinique de la Charité. *Journal des Praticiens*, 1900, p. 17.

pathologiques entre les annexes malades et les organes voisins. Il y a, il est vrai, le ligament rond et le pédicule utéro-ovarien; mais, au point de vue pratique, on peut pour ainsi dire faire abstraction de ces deux moyens d'union, tant sont faciles leur recherche, leur isolement et leur section.

Quant aux vaisseaux utérins, ils ne constituent pas, en réalité, des moyens d'union sérieux. Ils se déchirent ou se sectionnent au cours de l'opération avec tant de facilité qu'ils ne sauraient mettre un obstacle quelconque à l'extirpation des organes malades. Ils ne peuvent gêner que par le sang qu'ils donnent, et qu'il est toujours possible d'arrêter, soit qu'on recherche les utérines pour les pincer avant de les couper, soit au contraire qu'on les coupe sans s'en préoccuper autrement et qu'on mette une pince sur elles au moment où on les voit saigner. Je ne crois donc pas qu'il faille faire de la recherche des utérines et de leur ligature la manœuvre principale de cette opération. On les pince lorsqu'on les rencontre, au moment qui semble le plus favorable, avant ou après leur section ; mais il est beaucoup plus important, à mon sens, de diriger ses efforts vers les deux manœuvres capitales de cette opération : la recherche et la section du vagin d'une part, et, d'autre part, la libération des adhérences.

Nous nous trouvons ici, en présence de deux grandes méthodes d'hystérectomie, méthodes qu'il faut bien comprendre, parce que les différents procédés qu'on a coutume d'employer gravitent pour ainsi dire autour d'elles. L'une enlève les parties malades en les attaquant de *haut en bas*, des annexes vers le vagin ; l'autre, au contraire, les attaque de *bas en haut*, du vagin vers les annexes.

La seconde, je le dis immédiatement, est de beaucoup supérieure, parce qu'elle s'attaque d'abord à l'obstacle principal, fixe, invincible, au vagin solide et résistant, que les doigts les plus habiles ne peuvent décoller, et que les tractions les plus énergiques ne peuvent déchirer. Tant que l'insertion vaginale est intacte, il est impossible d'enlever l'utérus et toutes les manœuvres que l'on fait dans ce but, sont des manœuvres impuissantes. Au contraire, lorsque le vagin est sectionné,

tout est fini, et l'utérus, au moins dans les cas ordinaires, ne tient pour ainsi dire plus. Les ligaments larges et les pédicules utéro-ovariens sont, en effet, souples, plastiques; on les saisit entre les doigts et, d'un coup de ciseaux, on les tranche sans difficultés. Seules les adhérences pathologiques tiennent encore; mais on comprend que leur diversité infinie ne puisse s'accommoder de règles fixes permettant leur décollement, et la seule règle qu'on puisse établir, c'est qu'il est infiniment plus facile de les décoller et de les rompre, lorsque l'utérus est déjà libéré, lorsqu'il est mobile et facile à incliner en tout sens, c'est-à-dire lorsque son insertion vaginale est sectionnée et qu'on peut l'attirer facilement vers le haut en désobstruant le fond du petit bassin; c'est encore que les annexes sont beaucoup plus faciles à décoller de *bas en haut* que de haut en bas, parce qu'on les aborde *par-dessous*, en un point où les adhérences sont en général insignifiantes ou nulles.

Je n'insiste pas davantage sur ce fait; mais il est indispensable de le bien retenir et d'y attacher toute l'importance qu'il mérite. La manœuvre principale dans l'hystérectomie abdominale totale est donc, je le répète, la désinsertion du vagin, parce que l'insertion vaginale du col est le seul moyen de fixité qui unisse sérieusement l'utérus aux organes voisins. Une fois le vagin désinséré, l'extirpation de l'utérus et des annexes n'est plus qu'un jeu, il se décolle de bas en haut avec la plus grande facilité, et se laisse enlever avec les annexes, retenues seulement par les adhérences pathologiques aux organes voisins.

Je répète donc, pour n'y plus revenir, que les annexes sont infiniment plus faciles à enlever lorsqu'on les attaque de *bas en haut* et que la main plonge dans le fond du petit bassin pour les décoller *par-dessous*. L'hystérectomie abdominale pratiquée de bas en haut, après désinsertion du vagin, me paraît en un mot, par la facilité qu'elle donne, infiniment supérieure à l'extirpation de haut en bas qui commence par décoller les annexes et garde pour la fin la désinsertion vaginale.

Cette extirpation de *haut en bas*, dont je veux parler d'a-

bord, pour en montrer les écueils, ne peut guère s'exécuter que par un seul procédé qui présente, il est vrai, de nombreuses variations de détail, assez insignifiantes, et qui ne changent en rien la physionomie de l'opération. Ce procédé auquel nous donnons en France, et à juste titre, le nom de DELAGENIÈRE, est d'ailleurs extrêmement simple, au moins en théorie. Il n'en est pas toujours de même en pratique.

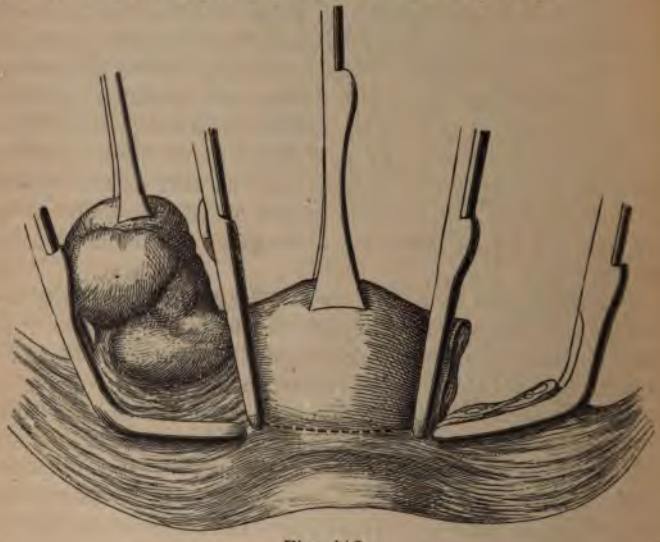


Fig. 112.

Les annexes sont isolées; une pince coudée est placée à cheval sur le ligament large; le bec arrive au ras de l'utérus sous le bec d'une pince hémostatique placée de champ sur la corne utérine et longeant le bord utérin; à gauche les annexes sont enlevées (d'après DELAGENIÈRE).

PROCÉDÉ DE DELAGENIÈRE. — On commence par enlever, des deux côtés, les annexes malades, en les isolant avec des pinces, en dehors au niveau du pédicule utéro-ovarien et de l'insertion pelvienne du ligament large, et en dedans au niveau de la corne utérine et du bord de l'utérus (fig. 112).

Puis, lorsque les annexes sont enlevées, on incise transversalement le péritoine, en avant un peu au-dessus de la vessie et en arrière à une hauteur correspondante. On ménage ainsi une collerette péritonéale qui, après extirpation de l'utérus, servira à fermer le fond du petit bassin (fig. 113). Cette collerette

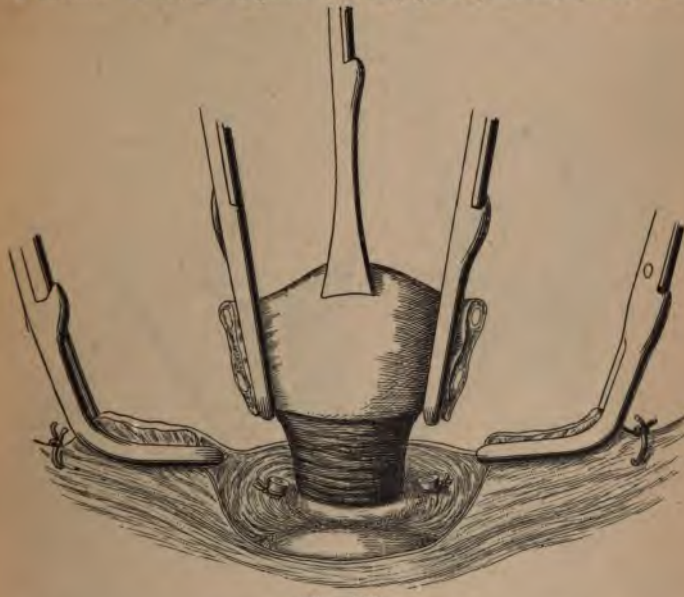


Fig. 113.

Les annexes ont été excisées entre les pinces; tracé de la collerette portant entre les becs de deux pinces (d'après DELAGENIÈRE).

doit être décollée avec le doigt aussi bas que possible, ce qui conduit au niveau des culs-de-sac vaginaux. On recherche alors et on lie les artères utérines, puis on ouvre le vagin au niveau du cul-de-sac postérieur, on le désinsère circulairement (fig. 114), et il ne reste plus qu'à terminer l'opération par l'hémostase et la suture du vagin et du péritoine.

En principe, rien n'est plus simple que cette opération, et en

effet, lorsque les annexes sont peu adhérentes, elle ne présente aucune difficulté véritable. Mais dès que le cas devient un peu compliqué et pour peu qu'il y ait entre les annexes et les parties voisines des adhérences sérieuses, le premier temps de cette opération, l'extirpation des annexes, peut présenter de très

Fig. 114.
Ouverture et désinsertion circulaire du vagin (d'après DELAGENIÈRE).

grandes difficultés, précisément parce que, dans ce procédé, on se prive de la manœuvre qui facilite le plus leur décollement et leur ablation, je veux dire leur attaque de *bas en haut*, par leur côté le plus accessible. En gardant l'utérus pour la fin, on se prive en outre de la grande commodité que procure son extirpation première, qui, en laissant la place libre au milieu du petit bassin, permet à la main d'évoluer avec la plus grande facilité.

Cette *extirpation préalable de l'utérus* est en effet très importante et, dans les cas compliqués, facilite beaucoup l'extirpation des annexes. C'est ce que VILLAR, de Bordeaux, a parfaitement compris. Il la recommande chaleureusement[1], et il a raison de la recommander, car dans tous les cas un peu compliqués il est réellement beaucoup plus facile d'enlever les annexes avec l'utérus que les annexes seules, à condition d'enlever l'utérus en premier lieu et de se servir de la brèche que laisse son extirpation pour manœuvrer dans le fond du petit bassin et attaquer les annexes par leur côté le plus vulnérable.

Fig. 115.
L'utérus une fois enlevé, les deux pinces verticales sont restés sur la pièce. Le fond de l'utérus est resté recouvert de péritoine (d'après DELAGENIÈRE).

C'est ce dont TERRIER s'est également rendu compte, puisque comme nous le verrons plus loin, lorsque je parlerai de l'hystérectomie supra-vaginale, il a peu à peu évolué dans sa manière de faire. Alors qu'au début son procédé opératoire ordinaire ne différait de celui de DELAGENIÈRE que parce qu'il faisait une hystérectomie subtotale en coupant transversalement le col au niveau de l'isthme, au lieu de désinsérer le vagin, actuellement il commence par enlever l'utérus pour se donner du jour et aborder ensuite les annexes.

Voilà donc le gros reproche qu'on peut faire au procédé de DELAGENIÈRE. En extirpant les annexes en premier lieu, il court au-devant des difficultés principales de l'opération, et se prive des grandes facilités que donnent pour leur ablation l'extirpa-

[1] Th. CHAPEYRON. Bordeaux, 1899.

tion première de l'utérus, qui permet à la main d'évoluer dans le fond du petit bassin, et l'attaque des annexes de bas en haut, qui permet leur décollement plus facile.

Je sais bien qu'on peut atténuer ces difficultés dans une certaine mesure en commençant l'extirpation des annexes par la section de leur pédicule utérin ainsi que j'ai déjà eu l'occasion de le dire en décrivant la salpingectomie abdominale (voy. p. 183). On peut ainsi, en passant entre les annexes et le bord de l'utérus, les attaquer par dedans et par-dessous, mais les manœuvres sont beaucoup moins faciles lorsque l'utérus est là, qui remplit le centre du petit bassin, que lorsque, par un procédé quelconque, on a pu s'en débarrasser.

Delagenière pour enlever l'utérus, qui reste seul après l'ablation des annexes, ouvre le vagin par le cul-de-sac postérieur. Lorsque les annexes n'y sont plus, cette ouverture est en général simple et facile, même sans l'aide d'une pince directrice introduite par la vulve. On peut d'ailleurs, si le cul-de-sac postérieur est trop profond ou obstrué par des adhérences, attaquer le vagin soit par le cul-de-sac antérieur, soit par le cul-de-sac latéral. Cela n'a aucune importance. Mais il est certain que, dans les cas compliqués et difficiles, lorque la physionomie du petit bassin est complètement modifiée par les adhérences qui l'encombrent, cette ouverture du vagin peut n'être pas très commode et peut quelquefois, surtout lorsqu'on est obligé de l'attaquer par côté, donner des craintes pour l'uretère dont il est souvent difficile de déterminer l'exacte situation. Nous verrons plus loin qu'il existe un procédé qui supprime complètement les craintes relatives à l'uretère, et les difficultés possibles dans la recherche et l'ouverture du vagin.

Tel est le procédé général d'extirpation *de haut en bas*, susceptible d'ailleurs de recevoir diverses modifications de détail, mais qui ne changent rien à sa physionomie générale.

Les procédés d'extirpation *de bas en haut* en diffèrent complètement. Ils vont au contraire s'attaquer d'abord à l'insertion vaginale du col, qui est le principal moyen d'union de la masse utéro-annexielle aux organes environnants. Puis, l'insertion

vaginale étant détachée, ils enlèvent l'utérus et les annexes en les attaquant par-dessous.

Procédé de Doyen. — De ces procédés un des plus connus est celui de Doyen, qui commence par ouvrir le culde-sac postérieur (fig. 116), puis, attirant par l'ouverture ainsi faite le col utérin, sectionne tout autour l'insertion vaginale (fig. 117). Dès ce moment, l'utérus ne tient plus que par les ligaments larges qu'on pédiculise avec la plus grande facilité sur leur insertion pelvienne, et par les adhérences qu'il ne reste qu'à détacher.

Le procédé de Doyen, qui, à mon avis, est excellent pour l'extirpation des fibromes, bien que j'aie actuellement une tendance très nette à lui préférer les procédés d'hystérectomie sus-vaginale, et en particulier le procédé d'hystérectomie subtotale par section première du col, que j'ai décrit récemment[1], ce procédé de Doyen qui, dis-je, est excellent pour les fibromes, lorsque l'utérus volumineux peut se renverser sur le pubis, lorsque le cul-de-sac de Douglas est libre et très accessible, et qui permet alors d'enlever un utérus énorme en quelques minutes à peine, ce procédé est ici beaucoup moins avantageux et souvent même impraticable. C'est qu'en effet, dans les suppurations annexielles, le cul-de-sac de Douglas, qui doit être libre pour la bonne exécution du procédé de Doyen, est presque toujours encombré par les annexes prolabées et adhérentes qui l'obstruent complètement et le rendent inaccessible. Dans ces conditions, il faut se livrer, pour atteindre le cul-de-sac vaginal postérieur, à un travail de décortication préliminaire des annexes, travail souvent fort long et pour lequel on rencontre les mêmes difficultés que dans le procédé de Delagénière. Si bien que, dans un grand nombre de cas, on se trouve avoir, pour ainsi dire, enlevé les annexes au moment où on aborde le vagin, en se privant ainsi des facilités que donne pour cette extirpation des annexes, la désinsertion pre-

[1] J.-L. Faure. L'hytérectomie subtotale par section première du col. Clinique de la Charité. *Bulletin médical*, 7 nov. 1900, p. 1245.

mière du col utérin qui constitue précisément l'originalité du procédé de Doyen appliqué à l'extirpation des fibromes.

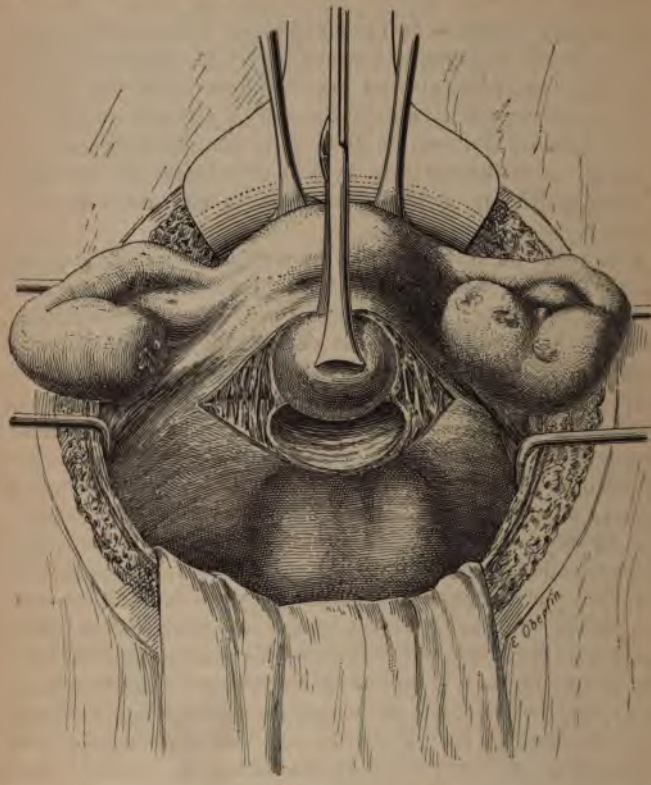


Fig. 116.

Procédé de Doyen. Le cul-de-sac postérieur a été ouvert, le col est attiré dans le ventre et le vagin est en partie désinséré.

De plus, pour peu que les adhérences péri-utéro-annexielles soient étendues et l'utérus immobilisé, il est très difficile, sinon impossible, d'attirer celui-ci en haut et de pénétrer dans

le Douglas, même débarrassé des annexes, pour aborder le cul-de-sac vaginal postérieur et l'ouvrir.

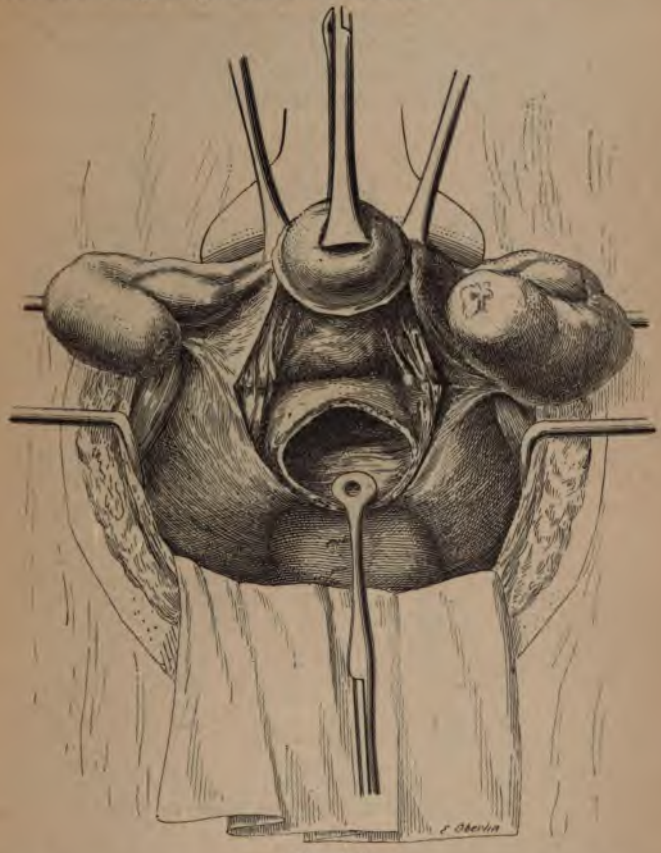


Fig. 117.

La désinsertion du vagin est complète. La face antérieure de l'utérus commence à se décoller. Il ne reste qu'à pédiculiser les ligaments larges et à les sectionner.

En somme, dès que le cas est un peu compliqué, le procédé

de Doyen présente de grandes difficultés, et pour l'ouverture et la désinsertion du vagin qu'on n'aborde qu'avec peine, et pour le décollement des annexes qu'on ne peut bien souvent attaquer de bas en haut, puisqu'on a été dans l'obligation de commencer par les isoler, avant même d'avoir ouvert le vagin et de faire, en réalité, une opération à peu près identique à celle de Delagenière.

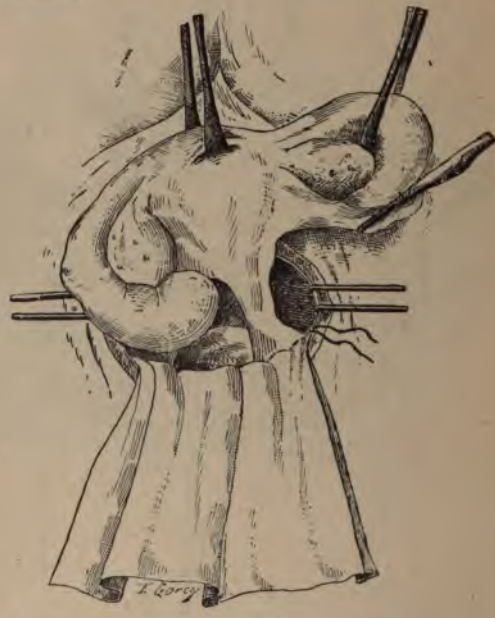


Fig. 118.
Isolement des annexes (Hartmann).

Procédé de Hartmann. — Ce sont ces difficultés qui ont conduit Hartmann à modifier le procédé de Doyen et à commencer, avant d'ouvrir le cul-de-sac postérieur par isoler méthodiquement les annexes en sectionnant les pédicules vasculaires utéro-ovariens (fig. 118). Ce n'est que lorsque les annexes ont

été libérées qu'il ouvre le cul-de-sac postérieur et désinsère le vagin pour enlever en un seul bloc l'utérus et les annexes qui lui sont fixées (fig. 119). Ce procédé est, en somme, une combinaison de ceux de Doyen et de Delagenière, et il ne diffère guère de ce dernier que parce qu'après avoir isolé les annexes

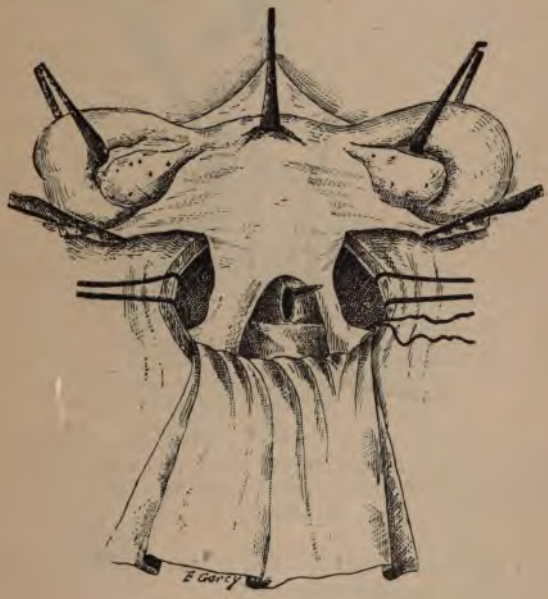


Fig. 119.
Les annexes sont isolées des deux côtés. Le cul-de-sac postérieur est ouvert et la désinsertion du vagin commencée (Hartmann).

du côté externe, Hartmann ne les sépare pas de l'utérus et les conserve pour les enlever avec lui. Je sais qu'il a donné à son auteur d'excellents résultats. Je ne lui fais pas moins le reproche que j'ai fait aux procédés précédents de décortiquer les annexes de haut en bas, de se priver du secours qu'offre pour cette décortication, qui est capitale, la désinsertion préalable de

l'insertion vaginale du col et l'enlèvement de l'utérus, et d'exposer le chirurgien qui recherche le vagin pour l'ouvrir, à des

Fig. 120.
Introduction par l'ouverture du cul-de-sac postérieur d'une pince spéciale destinée à saisir le col et à l'attirer dans le Douglas (HARTMANN).

tâtonnements toujours ennuyeux et à des manœuvres qui peuvent ne pas être toujours innocentes.

PROCÉDÉS DE RICHELOT ET DE JONNESCO. — Frappés de la difficulté qu'il y a à aborder le vagin par le cul-de-sac postérieur, certains chirurgiens, et en particulier RICHELOT et JONNESCO, l'abordent par le cul-de-sac antérieur. Dans les suppurations annexielles cela est en général beaucoup plus facile. Le cul-de-sac vésico-utérin est, en effet, le plus souvent libre d'adhérences, et les trompes, presque toujours situées en arrière, dans le Douglas, ne gênent pas. On peut donc facilement refouler la vessie en bas et ouvrir le cul-de-sac antérieur.

Jonnesco ne le fait qu'après avoir isolé les annexes, toujours

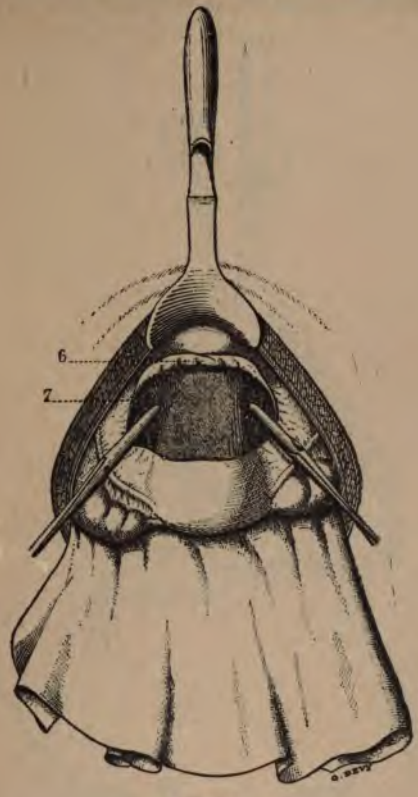


Fig. 121.
Découverte du cul-de-sac antérieur et pincement des utérines (Richelot).

de haut en bas, et avec les inconvénients qui s'attachent à cette façon de faire.

Richelot commence au contraire par là, et désinsère immé-

diatement la tranche vaginale en attirant le col en haut et en avant (fig. 122). Cette manœuvre est assez difficile parce que

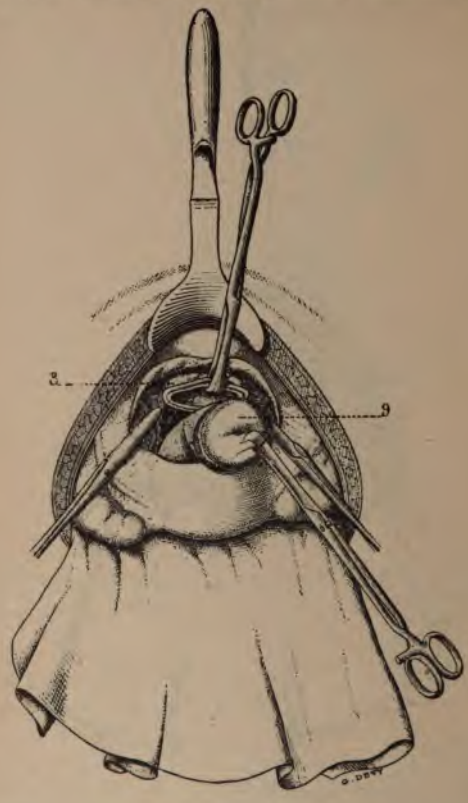


Fig. 122.
L'insertion vaginale du col est sectionnée (Richelot).

l'utérus arrêté sur les annexes qui remplissent le bassin derrière lui, ne bascule pas aussi facilement en arrière qu'il bascule en avant dans le procédé type de Doyen, et il est de ce

fait plus malaisé d'atteindre l'insertion du vagin sur sa partie postérieure. Mais, dans le plus grand nombre des cas, la manœuvre, quoique pénible, est praticable.

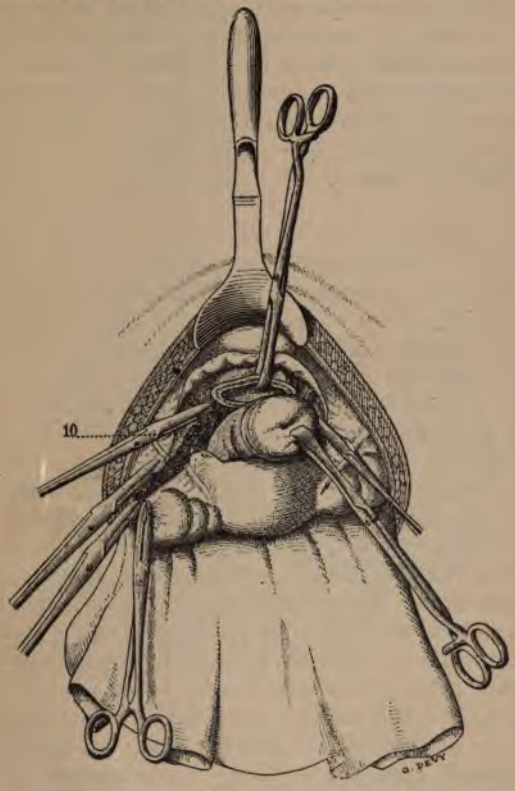


Fig. 123.
Décollement du bas en haut des annexes gauches (Richelot).

Richelot décortique alors les annexes de bas en haut ce qui permet de les attaquer par-dessous (fig. 123). Cela est bien, j'ai déjà dit. Mais ici, la présence de l'utérus qui remplit

le petit bassin, gêne les évolutions de la main chargée de décoller les annexes. Si bien que ce décollement est souvent difficile.

En somme, je crois, dans les suppurations annexielles, le procédé de Richelot supérieur au procédé type de Doyen, parce que, à difficultés égales dans la décortication des annexes, attaquées dans les deux cas de bas en haut, il est beaucoup plus facile d'aller ouvrir le vagin par le cul-de-sac antérieur, presque toujours libre, que par le cul-de-sac postérieur, presque toujours obstrué.

Procédé de Kelly-Segond. — Il y a un procédé intermédiaire aux procédés d'extirpation de haut en bas et de bas en haut, procédé qui jouit actuellement d'une grande faveur et qui la mérite à plus d'un titre. C'est le procédé que nous appelons, en France, le *procédé américain*. C'est en effet un procédé intermédiaire, puisque d'un côté il décortique les annexes en les attaquant de haut en bas, tandis que de l'autre côté, au contraire, il les attaque de bas en haut. A vrai dire le procédé américain type, décrit par Kelly, laisse le col utérin, sans ouvrir le vagin et constitue en réalité une hystérectomie sus-vaginale. Segond l'a un peu modifié en enlevant le col.

Pour l'exécuter, on commence par sectionner le pédicule utéro-ovarien du côté gauche, par exemple, en tout cas du côté où l'isolement et la décortication des annexes semblent le plus faciles, puis on isole les annexes gauches et on les sépare des parois pelviennes en descendant dans le ligament large, jusque sur le cul-de-sac latéral du vagin (fig. 124). On ouvre alors celui-ci soit directement, soit sur une pince directrice introduite par la vulve, et on désinsère sa moitié droite : on bascule alors l'utérus vers la droite, on sectionne la moitié droite du vagin, en l'attaquant par sa face muqueuse, puis on décortique les annexes droites en remontant cette fois de bas en haut, jusqu'au pédicule ovarien qu'on pince et qu'on sectionne (fig. 125).

Cette seconde partie de l'opération, dès la bascule de l'utérus, est en général extrêmement facile, parce que, l'utérus étant renversé, la main agit librement dans le petit bassin, et

peut facilement aller décoller les annexes en les attaquant *par-dessous*.

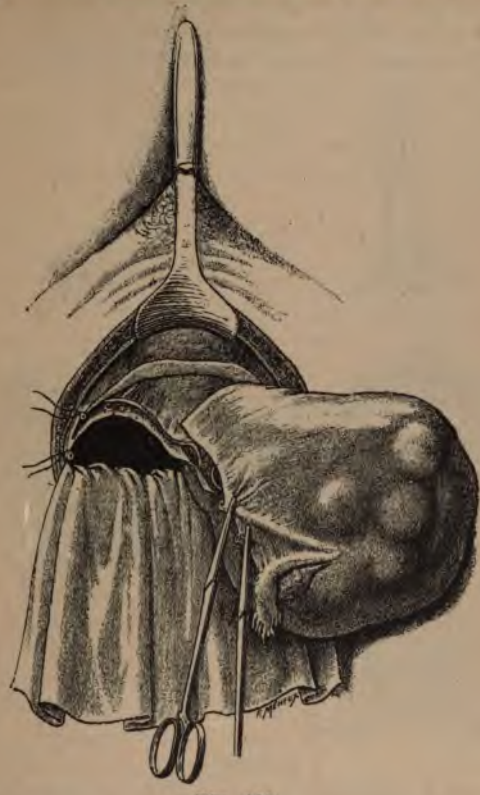


Fig. 124.

Procédé de KELLY-SEGOND, représenté ici dans un cas d'utérus fibromateux (SEGOND).

La section du ligament large gauche vient de conduire sur l'utérine du même côté. Le ligament large gauche est sectionné de haut en bas. Deux fils sont placés l'un sur l'artère utéro-ovarienne, l'autre sur l'artère du ligament rond; l'utérus est renversé à droite, et au fond du décollement on reconnaît l'artère utérine (SEGOND).

On profite donc intégralement, du côté droit, de l'avan-

tage qu'il y a à décortiquer les annexes de bas en haut, et à manœuvrer dans un petit bassin privé de son utérus. Mais, si l'opération est en général extrêmement facile pour le côté droit, il n'en est pas de même pour le côté gauche, où nous

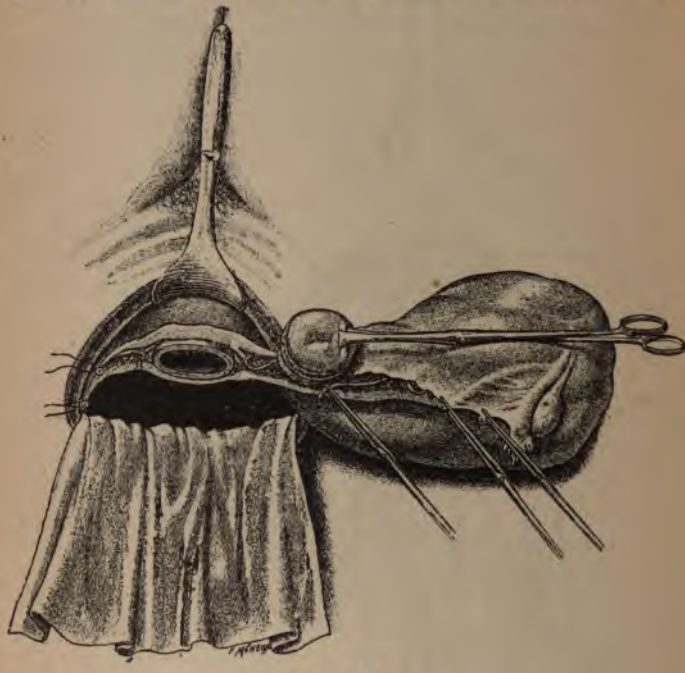


Fig. 125.

Deuxième temps : La masse utéro-ovarienne, renversée à droite, ne tient plus que par le ligament large correspondant (SEGOND).

retrouvons toutes les difficultés qu'il peut y avoir à décortiquer les annexes de haut en bas, et pendant que le corps utérin encombre encore le petit bassin.

De plus ce procédé ne supprime aucune des difficultés qu'on peut rencontrer dans la recherche et l'ouverture du vagin

qu'il faut aborder par côté, dans une région où la situation de l'uretère est en général assez indécise.

L'opération sus-vaginale, telle que la pratique KELLY et avec lui beaucoup de chirurgiens, supprime, il est vrai, cette dernière difficulté. Mais je ne veux pas discuter ici sur les avantages ou les inconvénients de la conservation du col utérin — j'y insisterai suffisamment plus loin — et c'est de l'hystérectomie totale que je veux exclusivement m'occuper.

Ainsi, de tous les procédés que je viens de passer en revue, il n'en est pas un qui permette de lever facilement tous les obstacles qui s'opposent à l'extirpation de l'utérus et de ses annexes. Ces obstacles, je l'ai dit et je le répète, sont d'une part l'insertion vaginale du col, et d'autre part les adhérences pathologiques. Or, dans les suppurations annexielles aucun des procédés que je viens de décrire ne permet en même temps d'aborder sûrement et facilement le vagin pour couper son insertion utérine, et de décortiquer les annexes en les attaquant par-dessous et en les décollant de bas en haut, après que l'extirpation de l'utérus a rendu le champ libre.

Le procédé de DELAGENIÈRE décortique de haut en bas et avant l'extirpation de l'utérus qui n'est séparé du vagin qu'à la fin de l'opération.

Le procédé de DOYEN n'est presque jamais exactement applicable et nécessite presque toujours, lui aussi, le décollement des annexes de haut en bas avant la désinsertion vaginale, souvent fort difficile elle-même à cause de la fixité relative de l'utérus qui empêche de l'attirer en haut et en avant pour pénétrer dans le cul-de-sac postérieur du vagin.

Les procédés de HARTMANN et de JONNESCO décortiquent également les annexes de haut en bas et peuvent ménager quelques difficultés dans la recherche et l'ouverture du vagin.

Le procédé de RICHELOT, s'il décortique les annexes de bas en haut, ne donne aucune facilité pour le faire à cause de la présence de la masse utérine qui ne peut basculer et laisser le champ libre qu'après la décortication laborieuse des annexes d'un des côtés.

Enfin le procédé de KELLY modifié par SEGOND, qui me paraît le meilleur de ceux que j'ai énumérés jusqu'ici, ne permet la décortication idéale, de bas en haut, que dans la seconde moitié de l'opération, en vérité très facile. Mais dans la première moitié, il se heurte, lui aussi, aux difficultés de la décortication de haut en bas et aux ennuis que l'on peut rencontrer dans la recherche et l'ouverture du vagin dont rien ne vient montrer d'une façon précise les limites exactes et près duquel on craint toujours, surtout lorsqu'on l'aborde par côté, de rencontrer l'uretère.

PROCÉDÉ DE J.-L. FAURE. — Eh bien, il existe un dernier procédé d'une extrême simplicité et qui permet, lui, d'aller toujours et en premier lieu droit à l'obstacle principal, l'insertion vaginale du col, de trouver et d'ouvrir le vagin sans aucune difficulté et sans aucun risque de rencontrer l'uretère, de sectionner cette insertion vaginale, puis de renverser l'utérus en se donnant dans le fond du petit bassin la place nécessaire pour manœuvrer facilement et pour attaquer les annexes par-dessous, en les décollant de bas en haut, aussi bien à droite qu'à gauche. Ce procédé, je ne crains pas de le dire, accumule toutes les facilités et réalise l'idéal de la simplicité opératoire. C'est le procédé d'hystérectomie abdominale totale par *section médiane de l'utérus* que j'ai décrit il y a quatre ans, et dont je tiens à exposer ici les avantages [1].

Voici la façon de l'exécuter. Le ventre ouvert, on saisit le fond de l'utérus avec deux bonnes pinces à griffes placées de chaque côté de la ligne médiane, et on attire le plus possible l'utérus vers le haut. D'un coup de ciseaux, on incise alors le péritoine au-dessus du cul de-sac vésico-utérin et on refoule la vessie aussi bas que possible de façon à arriver approximativement au-dessous du col utérin. Avec de forts ciseaux droits on sectionne alors l'utérus sur la ligne médiane de haut en bas, du fond vers le col (fig. 126). Si l'on a soin de se guider sur

[1] Voir PÉTRON. L'hémisection utérine dans l'hystérectomie abdominale, Th. de Paris, 1900.

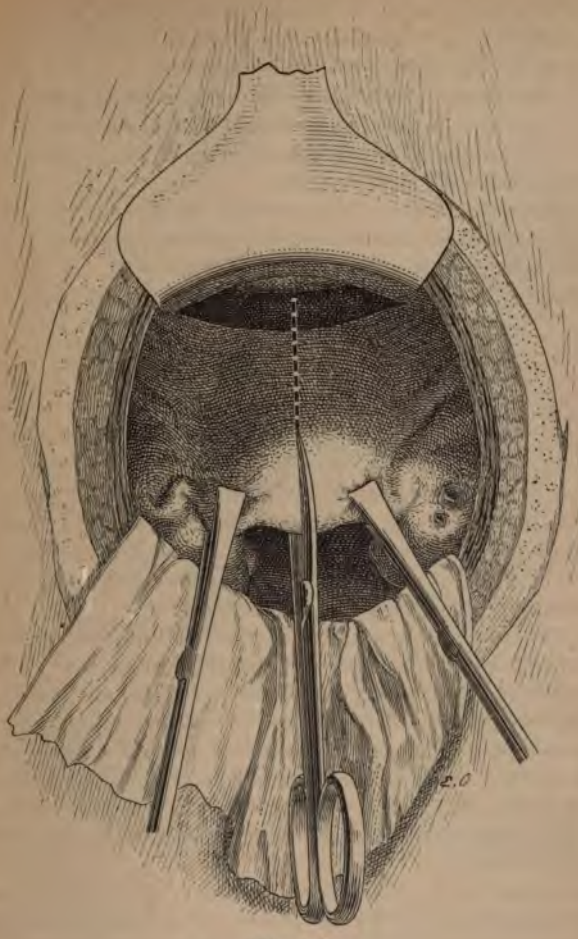


Fig. 126.

Procédé de J.-L. Faure.

Le fond de l'utérus est saisi et attiré par deux pinces. Le péritoine est incisé au niveau du cul-de-sac vésico-utérin et la vessie repoussée en bas. Commencement de l'hémisection utérine.

la cavité utérine, on arrive en quelques coups de ciseaux jusque dans le vagin qui se trouve ouvert en avant et en arrière sur la ligne médiane. J'ai l'habitude de saisir alors les tranches vaginales antérieure et postérieure avec des pinces appropriées (fig. 127), qui ne dérapent jamais et sont très utiles pendant le reste de l'opération pour retrouver le vagin, rechercher les utérines, faciliter les ligatures, etc.

L'utérus se trouve donc divisé en deux moitiés sur toute sa hauteur, y compris le col dont on aperçoit en général les deux moignons avec la plus grande netteté (fig. 128).

Une bonne pince à griffes vient alors saisir la moitié cervicale

Fig. 127.
Pince spéciale pour saisir la tranche utérine.

droite et l'attire vers le haut. Sous l'influence de cette traction, qu'il ne faut pas craindre de faire énergique, la moitié droite du vagin qui s'insère sur le col se tend. En quelques coups de ciseaux courbes qui viennent l'aborder par sa face muqueuse on sectionne la paroi vaginale (fig. 129). Le col se laisse alors attirer plus haut encore. L'artère utérine est alors sectionnée, ou pincée, si on ne l'a déjà fait, et en tirant toujours vers le haut sur la pince qui tient le col, on déroule pour ainsi dire l'utérus et on le renverse vers le haut en s'aidant de la main gauche qui manœuvre facilement et librement dans le fond du petit bassin, grâce à la brèche que donne l'hémisection de l'utérus. On coupe alors le ligament rond près de la corne utérine et on n'a plus qu'à vaincre les adhérences des annexes avec les organes voisins.

Sans doute il peut y avoir alors des difficultés considérables suivant l'importance de ces adhérences. Mais comme on peut attaquer les annexes par-dessous, j'affirme qu'on a beaucoup plus de facilité à les décoller que lorsqu'on les aborde par-dessus, et les choses se passent ici comme dans le second temps du procédé américain, après renversement de l'utérus.

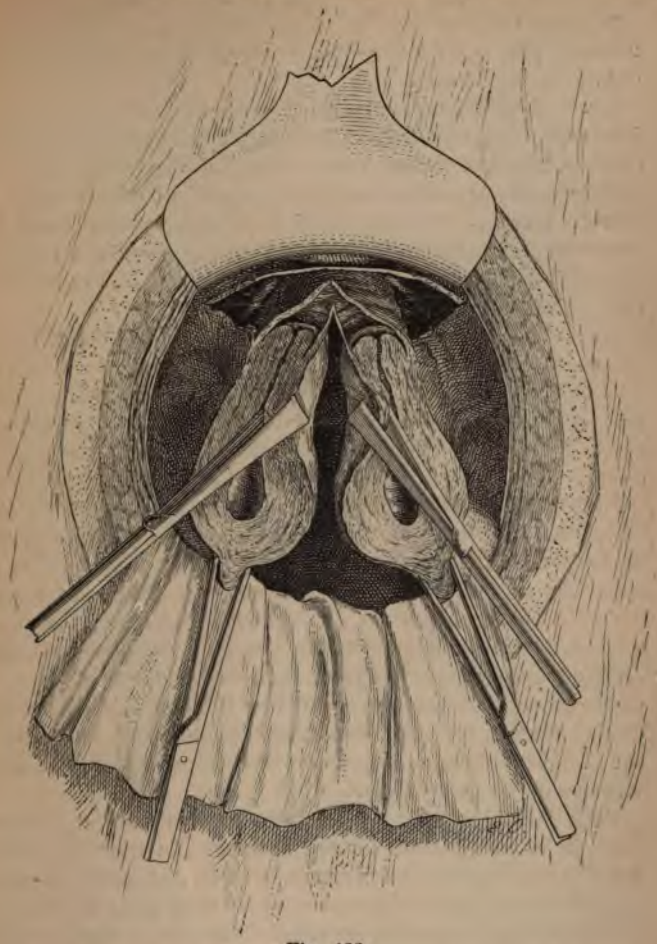


Fig. 128.

La section médiane de l'utérus est complète. Le vagin est ouvert au niveau de ses culs-de-sac antérieur et postérieur, exactement sur la ligne médiane, loin des uretères qu'on aperçoit en bas et en dehors.

Lorsque les annexes sont décortiquées et isolées, elles ne tiennent plus que par le pédicule utéro-ovarien qu'on tranche d'un coup de ciseaux.

Les annexes droites sont ainsi enlevées avec la moitié utérine à laquelle elles sont fixées. On répète à gauche la même manœuvre, traction du col vers le haut, désinsertion vaginale, décollement et renversement de la moitié utérine, décortication des annexes, et l'extirpation de la masse utéro-annexielle se trouve terminée (fig. 130). On n'a plus qu'à achever l'opération et à faire l'hémostase, la suture du péritoine et le drainage suivant ses goûts et ses habitudes.

Dans les cas ordinaires et même dans des cas compliqués, ce procédé permet d'enlever l'utérus et les annexes avec une facilité surprenante. Il présente, en effet, sur tous les autres procédés des avantages évidents dans les deux temps principaux de l'opération, la désinsertion du vagin et la décortication des annexes.

Pour la désinsertion du vagin, il est impossible de n'être pas frappé de la facilité qu'il donne. Et d'abord il supprime toutes les hésitations, toutes les difficultés qu'il peut y avoir dans la recherche et l'ouverture de cet organe. En se guidant sur la cavité utérine que permet de découvrir le premier coup de ciseaux donné sur le fond de l'utérus, on est en effet conduit directement, sûrement et pour ainsi dire fatalement dans le vagin. On ne peut pas arriver ailleurs. De plus, loin de risquer de s'égarer sur les côtés, vers l'uretère, on arrive exactement sur la ligne médiane, toujours au même point, loin des uretères qu'on ne peut blesser.

Cette facilité extraordinaire dans la découverte et l'ouverture du vagin n'est pas le seul avantage. La traction vers le haut du col hémisectionné permet, en effet, d'aborder la tranche vaginale par sa face muqueuse et de l'inciser pour ainsi dire à ciel ouvert en se rendant un compte exact de ce que l'on fait, ce qui n'arrive pas toujours, loin de là, lorsqu'on commence la désinsertion vaginale par le cul-de-sac postérieur ou par le cul-de-sac latéral, de l'extérieur du vagin vers l'intérieur.

De plus, la direction même de la traction exercée sur le col

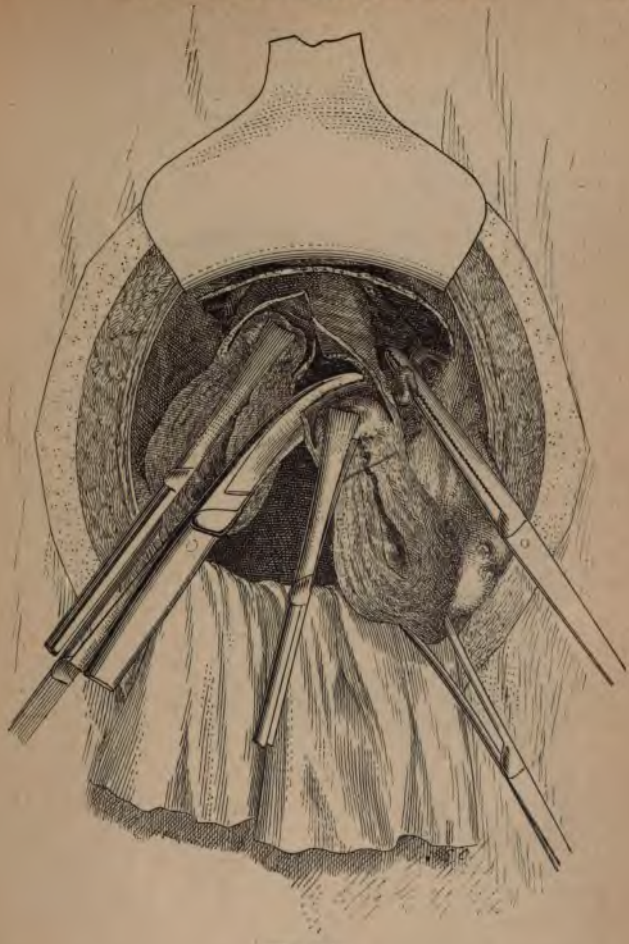


Fig. 129.

La moitié utérine droite est attirée vers le haut. Une pince est amarrée sur le col et l'attire en haut et en dedans. La paroi vaginale est sectionnée avec des ciseaux courbes qui l'attaquent de dedans en dehors, par se face muqueuse. Une pince saisit l'artère utérine.

on l'incise de nouveau et on place deux nouvelles pinces un peu plus haut, près de l'extrémité supérieure de l'incision dont elles saisissent encore les deux lèvres (fig. 97).

Si le cul-de-sac péritonéal antérieur n'a pas été ouvert au début, il se trouve alors, en général, ouvert tout naturellement, la section étant parvenue à son niveau. On y introduit la valve destinée à protéger la vessie, et l'opération se continue

Fig. 97.
L'hémisection antérieure se poursuit. Le cul-de-sac péritonéal est atteint.

Fig. 98.
L'utérus bascule en avant et son fond apparaît sous la valve vésicale.

ainsi par sections longitudinales de la paroi antérieure et abaissements successifs jusqu'à ce que l'utérus, sous l'influence d'une traction dernière, bascule tout entier en avant et que son fond vienne apparaître sous la valve sous-vésicale (fig. 98).

Lorsque l'utérus est mobile et facilement abaissable, cette manœuvre est d'une facilité extraordinaire. Souvent même l'utérus s'abaisse et son fond apparaît sans qu'il y ait besoin de sectionner complètement sa paroi antérieure, qu'il suffit d'inciser jusqu'au tiers ou à la moitié de sa hauteur.

Il m'est même arrivé plusieurs fois, dans des cas très simples d'enlever très facilement l'utérus *sans aucune incision* de sa paroi antérieure qu'on saisit à pleines griffes.

A ce moment, l'utérus tout entier apparaît à la vulve.

Il est bon d'introduire alors derrière l'utérus, en passant par-

Fig. 99.
Décollement des annexes gauches.

dessus le fond, deux ou trois doigts de la main gauche qui contribuent à abaisser encore l'utérus en appuyant sur lui, et qui vont reconnaître les annexes (fig 99). Lorsque celles-ci sont peu malades, ou en tout cas peu adhérentes, elles sont souvent assez facilement décollées par des manœuvres appropriées de l'index et du médius gauche. On peut aussi se servir

on l'incise de nouveau et on place deux nouvelles pinces un peu plus haut, près de l'extrémité supérieure de l'incision dont elles saisissent encore les deux lèvres (fig. 97).

Si le cul-de-sac péritonéal antérieur n'a pas été ouvert au début, il se trouve alors, en général, ouvert tout naturellement, la section étant parvenue à son niveau. On y introduit la valve destinée à protéger la vessie, et l'opération se continue

Fig. 97.
L'hémisection antérieure se poursuit. Le cul-de-sac péritonéal est atteint.

Fig. 98.
L'utérus bascule en avant et son fond apparaît sous la valve vésicale.

ainsi par sections longitudinales de la paroi antérieure et abaissements successifs jusqu'à ce que l'utérus, sous l'influence d'une traction dernière, bascule tout entier en avant et que son fond vienne apparaître sous la valve sous-vésicale (fig. 98).

Lorsque l'utérus est mobile et facilement abaissable, cette manœuvre est d'une facilité extraordinaire. Souvent même l'utérus s'abaisse et son fond apparaît sans qu'il y ait besoin de sectionner complètement sa paroi antérieure, qu'il suffit d'inciser jusqu'au tiers ou à la moitié de sa hauteur.

Il m'est même arrivé plusieurs fois, dans des cas très simples d'enlever très facilement l'utérus *sans aucune incision* de sa paroi antérieure qu'on saisit à pleines griffes.

A ce moment, l'utérus tout entier apparaît à la vulve.

Il est bon d'introduire alors derrière l'utérus, en passant par-

Fig. 99.
Décollement des annexes gauches.

dessus le fond, deux ou trois doigts de la main gauche qui contribuent à abaisser encore l'utérus en appuyant sur lui, et qui vont reconnaître les annexes (fig 99). Lorsque celles-ci sont peu malades, ou en tout cas peu adhérentes, elles sont souvent assez facilement décollées par des manœuvres appropriées de l'index et du médius gauche. On peut aussi se servir

pour abaisser les annexes d'une pince à anneaux qui les saisit doucement et les abaisse peu à peu en combinant son action avec celle des doigts. Il est bon de commencer par les annexes gauches.

Lorsqu'elles sont abaissées et extériorisées, DOYEN saisit le ligament large entier de haut en bas, en dehors des annexes, avec une grande pince à mors élastiques qu'il serre à fond,

Fig. 101.
Pinces de J.-L. FAURE pour hystérectomie vaginale.

Fig. 100.
Pincement du ligament large avec les pinces de DOYEN à mors longs.

Fig. 102.
Pincement du ligament large avec des pinces à mors courts.

après s'être assuré que son extrémité dépasse bien le bord inférieur du ligament large, qui doit être pris avec d'autant plus de soin que c'est lui qui contient les vaisseaux les plus importants. En dehors de sa grande pince, DOYEN applique une pince de même modèle, mais beaucoup plus mince. C'est une « pince de sûreté ». Le ligament large est alors sectionné

en dedans de la grande pince. L'utérus ne tient plus que par le ligament large droit. On répète sur lui la manœuvre précédente, qui est rendue beaucoup plus facile par la mobilité de l'organe, et après avoir abaissé les annexes et mis en dehors d'elles, sur toute la hauteur du ligament large, une grande pince renforcée d'une pince de sûreté (fig. 100), le ligament large droit est sectionné.

L'opération est terminée.

Lorsque l'utérus est mobile et les annexes peu adhérentes, elle est, je le répète, d'une facilité extraordinaire et s'exécute en quelques minutes. C'est une opération très brillante.

Personnellement je n'aime pas la grande pince de Doyen. La forme même de ses mors l'empêche de serrer en son milieu et j'ai vu deux fois le ligament large saisi de haut en bas et sectionné, s'échapper peu à peu par sa partie moyenne et ne plus tenir que par ses deux parties extrêmes. J'ai eu de ce fait une hémorragie ennuyeuse. Je sais bien que la pince de sûreté est destinée à remédier à cet inconvénient, mais elle n'est pas toujours facile à mettre en dehors de la grande pince, qui tient déjà beaucoup de place, et, puisqu'il faut mettre deux pinces, je préfère de beaucoup, à l'exemple d'un grand nombre de chirurgiens, mettre deux pinces à mors courts, longues de 4 à 5 centimètres environ, l'une sur la partie supérieure et l'autre sur la partie inférieure du ligament large.

Il existe de nombreux modèles de ces pinces. J'en ai fait faire par M. Collin, à mors courts et puissants et qui présentent une certaine élasticité, calculée de façon à ce que, lorsqu'elles sont fermées à fond, elles serrent très fortement sur toute leur étendue (fig. 101). Je les préfère à toutes les autres.

La pince supérieure est toujours mise de haut en bas sur la partie supérieure du ligament large qu'on incise ensuite le long de la partie interne des mors. La pince inférieure est, suivant la commodité, soit insinuée de haut en bas, en dedans de la première pince, pour saisir l'étage inférieur du ligament large, soit

placée de bas en haut, en allant à la rencontre de la première sur laquelle elle doit chevaucher. Pour ma part, je préfère cette façon d'agir (fig. 102, 103). Dans cette manœuvre les doigts

Fig. 103.

Placement de deux pinces à mors courts, l'une de haut en bas, l'autre de bas en haut, sur le ligament large gauche.

de la main gauche qui coiffent toujours l'utérus, servent de guide à chaque pince et contrôlent son extrémité. En général ces deux pinces suffisent de chaque côté. Elles sont beaucoup moins gênantes, et, à mon avis, beaucoup plus sûres que les grandes pinces de Doyen. Si quelque point du ligament large paraît mal étreint, on n'hésitera pas à placer sur lui une troisième et au besoin une quatrième pince.

Le ligament large gauche étant sectionné en dedans des pinces, on place de même les pinces à droite et on termine l'opération comme il a été dit plus haut (fig. 104).

Certains chirurgiens, et en particulier Bouilly, ont l'habitude

de fermer le fond du vagin par un ou deux points de suture au catgut unissant entre elles les tranches antérieures et postérieures de la section vaginale.

Telle est la marche d'une hystérectomie pratiquée par ce procédé dans des conditions régulières et simples.

Mais les choses, même lorsque l'abaissement et l'extériorisation de l'utérus est possible, ne vont pas toujours aussi commodément.

Souvent, malgré des tractions prudentes et répétées, les annexes ne viennent pas. Comme il est impossible de se rendre compte de l'importance, de la solidité et de la situation des adhérences qui les fixent vers le haut aux parois pelviennes et quelquefois aux intestins; comme des tractions trop énergiques et toujours aveugles pourraient produire des déchirures graves, on est souvent obligé de les laisser, ou de ne les enlever qu'en partie, en extirpant morceau par morceau les lambeaux qui se laissent atteindre. Dans ces conditions on met les pinces supérieures en dedans du pédicule annexiel, près de la corne utérine, et on enlève l'utérus seul, en ouvrant autant que possible les poches purulentes, mais en laissant dans le ventre des débris d'annexes et parfois même des annexes entières.

Fig. 104.

Le ligament gauche est sectionné. Mise en place de la pince supérieure droite.

placée de bas en haut, en allant à la rencontre de la première sur laquelle elle doit chevaucher. Pour ma part, je préfère cette façon d'agir (fig. 102, 103). Dans cette manœuvre les doigts

Fig. 103.

Placement de deux pinces à mors courts, l'une de haut en bas, l'autre de bas en haut, sur le ligament large gauche.

de la main gauche qui coiffent toujours l'utérus, servent de guide à chaque pince et contrôlent son extrémité. En général ces deux pinces suffisent de chaque côté. Elles sont beaucoup moins gênantes, et, à mon avis, beaucoup plus sûres que les grandes pinces de Doyen. Si quelque point du ligament large paraît mal étreint, on n'hésitera pas à placer sur lui une troisième et au besoin une quatrième pince.

Le ligament large gauche étant sectionné en dedans des pinces, on place de même les pinces à droite et on termine l'opération comme il a été dit plus haut (fig. 104).

Certains chirurgiens, et en particulier Bouilly, ont l'habitude

de fermer le fond du vagin par un ou deux points de suture au catgut unissant entre elles les tranches antérieures et postérieures de la section vaginale.

Telle est la marche d'une hystérectomie pratiquée par ce procédé dans des conditions régulières et simples.

Mais les choses, même lorsque l'abaissement et l'extériorisation de l'utérus est possible, ne vont pas toujours aussi commodément.

Souvent, malgré des tractions prudentes et répétées, les annexes ne viennent pas. Comme il est impossible de se rendre compte de l'importance, de la solidité et de la situation des adhérences qui les fixent vers le haut aux parois pelviennes et quelquefois aux intestins; comme des tractions trop énergiques et toujours aveugles pourraient produire des déchirures graves, on est souvent obligé de les laisser, ou de ne les enlever qu'en partie, en extirpant morceau par morceau les lambeaux qui se laissent atteindre. Dans ces conditions on met les pinces supérieures en dedans du pédicule annexiel, près de la corne utérine, et on enlève l'utérus seul, en ouvrant autant que possible les poches purulentes, mais en laissant dans le ventre des débris d'annexes et parfois même des annexes entières.

Fig. 104.

Le ligament gauche est sectionné. Mise en place de la pince supérieure droite.

Quelquefois, pour une raison quelconque, au début de l'opération le cul-de-sac postérieur n'a pas été ouvert. C'est là un incident sans importance. Lorsque l'utérus est extériorisé et que les doigts de la main gauche ont été portés par-dessus son fond, sur sa face postérieure, il est en général très facile d'effondrer ce cul-de-sac postérieur avec le doigt, mais alors de haut en bas. S'il est trop résistant une pince glissée de bas en haut, derrière le col et guidée par le doigt, viendra perforer sur lui la cloison qui persiste encore.

Enfin il est des cas, et qui ne sont pas rares, dans lesquels l'utérus arrivant à la vulve s'arrête, sans qu'il soit possible d'introduire les doigts derrière lui, ni par conséquent de saisir avec une pince la partie supérieure du ligament large. Dans ces conditions, il faut, avec les ciseaux droits, sectionner la paroi postérieure de l'utérus, mais cette fois de haut en bas, du fond vers le col, de façon à transformer l'hémisection antérieure en une section totale. Il suffit d'ailleurs souvent d'arrêter cette section postérieure au niveau du col, de sorte que les deux moitiés utérines tiennent encore l'une à l'autre par la partie postérieure du col. Dans ces cas, où l'utérus ne s'abaisse qu'à moitié, cette section totale de l'utérus facilite énormément la prise du ligament large par les pinces. C'est une transformation du procédé de Doyen en procédé de Muller-Quénu, procédé également excellent, surtout dans les cas difficiles.

Procédé de Muller-Quénu. — En 1882, Muller conseilla de fendre l'utérus sur la ligne médiane de façon à pouvoir l'abaisser plus facilement et placer ainsi une ligature solide sur l'étage supérieur du ligament large. Cette section médiane, au dire de Muller, devrait être faite après la bascule de l'utérus. Il ne pensait donc pas qu'en commençant par cette section médiane on pourrait aussi faciliter la descente de l'organe. C'est au contraire ce qu'a parfaitement compris Quénu qui, dès 1892, a adopté et vulgarisé ce procédé, qui est excellent. Il est donc juste d'associer ici le nom de Quénu à celui de Muller.

Ce procédé peut être employé dans deux circonstances bien

différentes. En premier lieu, et c'est le cas auquel je viens de faire allusion à la fin du précédent paragraphe, il peut rendre de grands services lorsque, après extériorisation de l'utérus par hémisection antérieure, il est impossible de le faire descendre assez bas pour introduire les doigts derrière lui et aller manœuvrer du côté des annexes. On peut alors sectionner la paroi postérieure soit de haut en bas, soit de bas en haut, selon la commodité, en prenant grand soin de diriger avec le doigt la branche postérieure des ciseaux, de façon à éviter tout accident. Lorsque la section complète est terminée, on a beaucoup plus de jour et de facilité pour explorer et abaisser les annexes, placer les pinces sur les ligaments larges et terminer l'opération.

Mais il est une autre circonstance dans laquelle ce procédé rend des services plus considérables encore. C'est lorsque, dans des cas difficiles avec adhérences étendues, l'utérus s'abaisse mal.

Dans ces conditions, l'hémisection antérieure qui, je le répète, n'est surtout commode, rapide et brillante que dans les cas faciles, est souvent absolument insuffisante. Elle ne fait, en effet, rien ou à peu près rien pour l'abaissement du col, elle n'abaisse que la partie moyenne et le fond de l'utérus en mettant celui-ci en antéflexion forcée. Mais si l'utérus est fixé en bloc, surtout au niveau de sa partie postérieure, l'antéflexion et la bascule en avant ne pourront pas se produire, le col ne bougera pas et la section de la paroi antérieure elle-même pourra être impossible.

C'est alors que la section totale rendra les plus grands services. Elle permet en effet à l'utérus, divisé en deux valves latérales qui s'écartent de plus en plus à mesure que la section progresse, de descendre directement en suivant l'axe du bassin, sans avoir besoin d'exécuter aucun mouvement de bascule soit en avant, soit en arrière. Chaque moitié de l'utérus bascule en effet vers l'axe du bassin et l'utérus s'ouvre de bas en haut et s'effondre, pour ainsi dire, de haut en bas pendant que ses deux moitiés latérales, attirées vers le bas, s'écartent d'autant plus l'une de l'autre que la section se rapproche davantage du fond de l'utérus (fig. 107).

Tel est le principe qui, dans certains cas difficiles, rend ce procédé supérieur à tous les autres.

Le manuel opératoire ne présente rien de bien particulier. La désinsertion vaginale, le décollement de la vessie, l'ouverture des culs-de-sac péritonéaux postérieur et antérieur se font comme dans l'hémisection antérieure. On a cependant moins encore à s'occuper du cul-de-sac postérieur, à moins

Fig. 105.
Procédé de Muller-Quénu.
Le vagin est désinséré. Commencement de l'hémisection totale.

Fig. 106.
L'hémisection est poussée plus loin.

qu'on ne juge utile de faire une exploration des annexes, car, au moment de la section de la paroi postérieure de l'utérus il sera nécessairement ouvert, comme est ouvert le cul-de-sac vésico-utérin dans l'hémisection antérieure.

La vessie et le rectum étant bien protégés par des valves, on tire donc sur les deux pinces solides qui ont saisi le col par ses côtés et on sectionne avec de forts ciseaux droits la paroi antérieure et la paroi postérieure (fig. 105). Les deux valves ainsi formées par le col hémisectionné s'écartent sous l'influence des pinces cervicales qui tirent en divergeant (fig. 106).

On saisit avec d'autres pinces les lèvres de la section aussi près que possible de son extrémité supérieure et on prolonge vers le haut cette section sur toute l'épaisseur de l'utérus. Sous l'influence de nouvelles tractions, l'utérus s'ouvre, ses deux moitiés divergent de plus en plus, et finalement on arrive, en général assez facilement, jusqu'à sa partie supérieure (fig. 107).

Fig. 107.
L'hémisection est presque terminée. L'utérus s'ouvre et s'abaisse peu à peu.

Pendant tout le temps de cette opération, il faut avoir le plus grand soin de ne pas s'écarter de la ligne médiane, ce qui est assez facile si l'on sait se guider sur la cavité utérine.

Il peut être quelquefois très difficile de sectionner la paroi postérieure qui refuse de s'abaisser. Il faut alors, pendant que l'aide tire fortement sur les pinces, introduire l'index en arrière de l'utérus et glisser en avant de lui la branche postérieure des ciseaux. Dans quelques cas, si cette manœuvre est impossible, on peut sectionner directement la paroi postérieure avec un bistouri qui l'entame d'avant en arrière, de la muqueuse vers la séreuse. Mais il faut faire alors la plus grande attention et éviter de dépasser le tissu utérin, de peur d'aller

blesser le rectum ou une anse intestinale qui pourrait adhérer à sa face postérieure.

Lorsque la section complète est terminée, il ne reste plus qu'à placer les pinces. Les règles ne diffèrent pas ici de celles que j'ai données plus haut. LEGUÉU donne un conseil que je

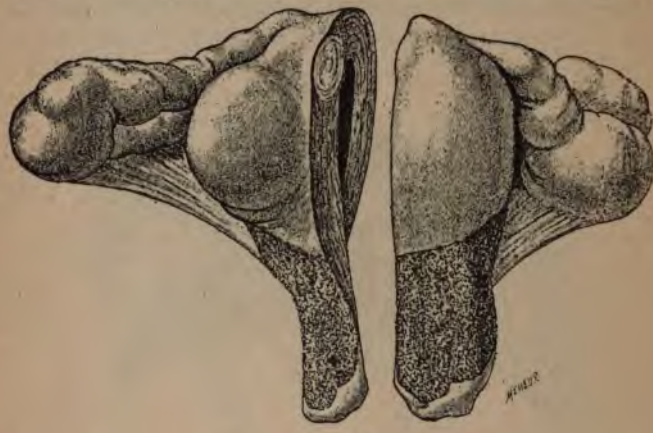


Fig. 108.

Utérus fibromateux enlevé avec les annexes par le procédé de MULLER-QUÉNU (LABADIE-LAGRAVE et LEGUEU).

crois très bon. Pour éviter d'encombrer le champ opératoire, au lieu d'attirer vers le bas les deux moitiés de l'utérus, on refoule vers le haut celle dont on ne veut s'occuper qu'en second lieu, en général la droite (fig. 109). Cette moitié droite est donc refoulée dans le petit bassin, à la place qu'elle occupait avant d'avoir été abaissée, le champ opératoire se trouve dégagé et la main gauche peut manœuvrer plus facilement autour de la moitié gauche pour libérer les annexes et les attirer vers le bas. Lorsque la moitié gauche est enlevée, on amène de nouveau au dehors la moitié droite qu'on enlève comme la précédente ; il est alors préférable pour libérer les annexes de se servir de la main droite.

Je crois donc devoir conseiller le refoulement d'une moitié utérine, lorsqu'on en aura besoin. Il peut arriver que cette manœuvre, en supprimant la traction exercée sur les vaisseaux, détermine une hémorragie d'une certaine impor-

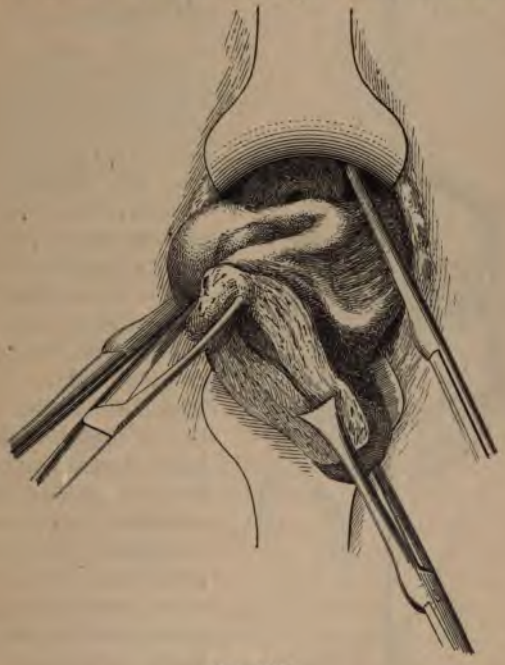


Fig. 109.
Refoulement de la moitié utérine droite pour abaisser plus facilement la gauche.

tance. Si cette éventualité se produit, on se bornera à attirer de nouveau vers le bas la moitié utérine ainsi refoulée, pour tendre et oblitérer les vaisseaux qui s'y rendent.

Avec ces deux procédés opératoires combinés au besoin suivant les circonstances, on pourra mener à bien la plupart des hystérectomies. Il peut être cependant nécessaire dans des cas

particulièrement difficiles d'avoir recours à d'autres procédés. C'est à ce titre que je crois utile de donner quelques renseignements sur la manière de faire de certains autres chirurgiens.

Fig. 110.

Procédé de Péan. Le col a été enlevé dans un premier temps. Division transversale de la partie située immédiatement au-dessus du col, après pincement préalable des vaisseaux.

Procédé de Péan. — C'est ainsi que Péan enlevait l'utérus, même lorsqu'il n'était pas augmenté de volume, en employant des manœuvres de morcellement méthodique. L'utérus étant dégagé en avant et en arrière et bien isolé par des valves, Péan plaçait une pince courte sur la partie inférieure des ligaments larges, de chaque côté du col, et coupait le ligament large en dedans des pinces. Le col était ainsi isolé des vaisseaux qui s'y rendent.

En deux coups de ciseaux donnés sur les parties latérales du col, celui-ci était alors divisé en deux valves, l'une antérieure, l'autre postérieure (fig. 110). Chacune de ces valves étant saisie au niveau de sa base par une pince à abaissement, la partie située au-dessous de la pince était excisée. Il restait ainsi un utérus sans col.

Une seconde pince à mors courts était alors placée de

chaque côté, en s'insinuant en dedans de la première sur la partie la plus inférieure du ligament large non encore sectionné. Un coup de ciseaux donné en dedans de la nouvelle pince détachait du bord de l'utérus la partie du ligament large serrée entre ses mors. L'utérus était, comme précédemment, divisé en deux valves par une section transversale, et les valves étaient excisées pendant que des pinces à abaissement venaient prendre prise au-dessus d'elles, en plein corps utérin. Péan répétait cette manœuvre jusqu'à ce qu'il fut parvenu au fond de l'utérus qui était ainsi enlevé par tranches successives, après hémostase préventive.

Procédé de Segond. — Segond a modifié et amélioré le procédé de Péan en n'en conservant que le premier temps. Il désinsère le vagin, comme Péan, en faisant cependant de chaque côté un petit débridement latéral qui donne plus de jour. Puis il place une pince de chaque côté sur la partie inférieure du ligament large qu'il coupe. Il enlève alors le col exactement comme le faisait Péan. Il reste donc un utérus sans col, celui-ci ayant été enlevé après hémostase préventive. Segond termine alors son opération sans hémostase préventive en pratiquant l'hémisection antérieure de Doyen et faisant basculer le corps utérin en avant. Si les adhérences sont trop fortes et empêchent cette bascule, Segond enlève peu à peu la paroi antérieure de l'utérus en la morcelant par évidement conoïde et il arrive ainsi jusqu'au fond de l'utérus. Lorsque celui-ci est extériorisé l'opération est terminée comme dans le procédé de Doyen en plaçant des pinces de haut en bas sur le ligament large, en dehors des annexes si elles sont mobiles, en dedans si elles sont fixes. Dans ce procédé le col est donc en somme enlevé par le procédé de Péan et le corps par le procédé de Doyen. Segond ne considère pas d'ailleurs l'extirpation du col comme indispensable ; il le conserve souvent mais sectionne toujours, après pincement, l'étage inférieur des ligaments larges.

Dans certains cas difficiles, lorsque l'utérus adhérent de toutes parts ne peut pas descendre, lorsque les procédés de Doyen

et de Muller-Quénu sont impraticables, le morcellement de Péan peut permettre d'enlever l'utérus et constitue dans ces conditions le procédé de choix. Mais ces cas sont exceptionnels.

Dans les cas ordinaires le procédé de Péan est très inférieur aux procédés de Doyen et de Muller-Quénu. Les pinces placées en étage sur le ligament large encombrent le vagin et rendent les manœuvres difficiles. Cette hémostase préventive est donc non seulement inutile, mais se fait avec moins de sécurité que l'hémostase consécutive après bascule et extériorisation de l'utérus.

Quant au procédé de Segond, dans les cas ordinaires il est meilleur que le procédé de Péan qu'il simplifie beaucoup au moment de l'extirpation du corps utérin. Mais il reste, à mon avis, inférieur au procédé de Doyen. Quand l'utérus s'abaisse bien, je ne vois pas en effet quelle utilité il peut y avoir à enlever le col et à mettre sur l'extrémité inférieure du ligament large deux pinces encombrantes et qui peuvent lâcher pendant la fin de l'opération. Sans compter que, pour les manœuvres d'abaissement, les pinces amarrées sur le col peuvent rendre de grands services. En outre, si au cours de l'hystérectomie les pinces qui tiennent le corps utérin viennent à déraper, l'utérus remonte et on peut avoir de gros ennuis pour le rattraper lorsque le col n'existe plus.

Cependant, lorsque l'utérus ne s'abaisse pas, ou s'abaisse mal, dans des cas difficiles où le procédé de Doyen est impraticable et le procédé de Muller-Quénu insuffisant, le procédé de Segond peut être excellent et devenir supérieur à tous les autres. L'abaissement de l'utérus est entravé, presque toujours, par l'inextensibilité de la partie inférieure des ligaments larges et par les ligaments utéro-sacrés. La section, de chaque côté du col, de ces divers ligaments, lève l'obstacle et l'utérus s'abaisse. Il devient alors possible d'attirer le corps par l'hémisection antérieure, et de terminer facilement et rapidement une opération qui, par tout autre procédé, eût pu être très laborieuse et même à peu près impossible.

C'est donc un procédé qu'il faut absolument connaître, et bien connaître.

Je ne crois pas, cependant, comme le pense Segond, que le

pincement et la section de la partie inférieure des ligaments larges mettent plus que les autres procédés à l'abri d'une lésion ou d'un pincement de l'uretère. Bien au contraire, quand l'utérus n'a pas encore exécuté son mouvement de bascule qui repousse nécessairement les uretères en dehors, puisqu'ils doivent s'écarter pour laisser passer le fond de l'utérus, les uretères sont plus rapprochés de la ligne médiane et par conséquent des pinces que l'on veut placer sur les côtés du col (voy. fig. 12, 13).

D'ailleurs il est certain que depuis que le procédé de Doyen est le plus communément employé, malgré la fréquence extrême de l'hystérectomie vaginale, les lésions de l'uretère deviennent de plus en plus rares, et pour ma part, sur une centaine au moins d'hystérectomies que j'ai à mon actif, je n'en ai vu qu'une seule, dans un cas très difficile, avec un utérus impossible à abaisser et où je n'ai pu employer aucun procédé régulier. Cette blessure de l'uretère a nécessité une uretéro-cystostomie qui s'est terminée par la guérison momentanée de la malade. Mais il y a eu, ultérieurement, un rétrécissement de l'orifice uretéro-vésical et des accidents rénaux qui ont nécessité une néphrectomie suivie, cette fois, de guérison définitive.

Il est enfin d'autres procédés qui peuvent, dans certains cas particuliers, rendre des services et qu'il est toujours bon de connaître. C'est ainsi que, lorsque après avoir fait l'hémisection antérieure on constate que le pincement des ligaments de haut en bas est impossible. Pichevin conseille de les pincer de bas en haut en les coupant au fur et à mesure en dedans des pinces et en excisant l'utérus ainsi libéré. C'est en somme une hystérectomie commencée par le procédé de Doyen et terminée par le procédé de Péan. On pourrait avoir recours à ce procédé si, dans ces circonstances, il était impossible de pratiquer la section médiane complète, à la manière de Muller-Quénu, comme j'en ai donné plus haut le conseil.

J'ai décrit[1] et exécuté plusieurs fois un procédé qui consiste,

[1] J.-L. Faure. Presse médicale, 1896, p. 761.

après hémisection antérieure, à sectionner transversalement l'utérus et les ligaments larges, de façon à les diviser en un certain nombre de segments horizontaux faciles à pincer et surtout faciles à lier. Ce procédé, qui ne trouve guère ses indications que dans les cas où on désire mettre des ligatures, peut quelquefois, lorsqu'on l'applique partiellement, rendre de grands

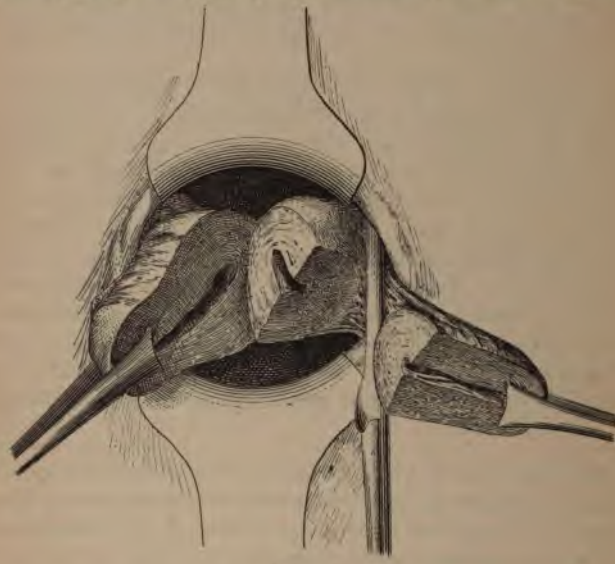


Fig. 111.

Procédé de J.-L. Faure. Section transversale de l'utérus permettant de saisir le pédicule de la corne gauche qui ne s'abaisse pas.

services. C'est ainsi que Legueu [1] a très bien vu que, dans certains cas, lorsque l'utérus, même après section médiane complète, ne peut pas s'abaisser, il peut être très utile de sectionner transversalement la moitié immobilisée par des adhérences. Cette section poursuivie jusqu'au ligament large

[1] *Loc. cit.*, p. 765.

permet de pincer par en bas la partie supérieure de ce ligament inabordable par en haut (fig. 111).

Tels sont les principaux procédés et manœuvres opératoires qu'il faut bien connaître pour pratiquer avec tranquillité une hystérectomie vaginale.

Je ne dirai rien des procédés, employés surtout à l'étranger, dans lesquels l'hémostase est faite par des ligatures. J'estime que l'emploi des pinces à demeure est très supérieur et au point de vue de la facilité opératoire, et au point de vue de la sécurité de l'hémostase. Les résultats ultérieurs ne sont pas moins bons, et Richelot nous a rendu, à mon avis, un inappréciable service en combattant comme il l'a fait autrefois pour les pinces à demeure, contre les ligatures.

Quant aux procédés d'hystérectomie sans pinces à demeure, par écrasement du ligament large, avec ou sans ligatures, tels que les ont préconisés Tuffier et Doyen, tels que j'en ai exécuté moi-même dès janvier 1897, je n'en parle pas, convaincu que ces procédés, qui sont très intéressants au point de vue technique, n'auront qu'une vogue passagère. Personnellement, je me refuse à employer l'écrasement simple sans pinces à demeure ni ligatures. Je le crois dangereux et je ne vois pas quel avantage il peut présenter, mais je crois, pour l'avoir pratiqué, que l'écrasement peut rendre des services si l'on tient absolument à faire des ligatures. Le ligament large est ainsi beaucoup plus facile à pédiculiser. Mais cela n'est possible que dans les cas où l'utérus s'abaisse bien et peut être facilement attiré à la vulve et où tous les procédés sont bons, y compris la ligature simple. Quand il descend mal, les pinces à demeure sont infiniment plus commodes et plus sûres.

En résumé, sans vouloir rien affirmer d'absolument catégorique dans une opération où les habitudes individuelles ont une importance capitale, je pense que le procédé qu'il faut employer de préférence est le procédé de Doyen. S'il y a une difficulté quelconque pour abaisser l'utérus, on emploiera le procédé de Muller-Quénu, soit en sectionnant la paroi postérieure de haut en bas après avoir sectionné la paroi antérieure

et constaté l'insuffisance du procédé de Doyen, soit en sectionnant d'emblée les deux parois de l'utérus et, cette fois, de bas en haut.

Si l'emploi du procédé de Muller-Quénu semble devoir être difficile, on sectionnera de chaque côté du col la base des ligaments larges, et on aura recours au procédé de Segond.

Enfin si l'utérus est enclavé, immobile et impossible à abaisser, on l'enlèvera en le morcelant à la manière de Péan.

Mais c'est là une conduite idéale et absolument théorique. En pratique, on peut être obligé de combiner ces divers procédés suivant les hasards et les difficultés de l'opération.

L'hystérectomie vaginale est à la fois, je le répète, l'opération la plus facile et la plus difficile de la chirurgie. Il est quelquefois terriblement malaisé de la mener à bien. Pour se tirer d'affaire dans les cas compliqués, il faut posséder à fond les quelques procédés que je viens de passer en revue. Il faut surtout ne s'attacher exclusivement à aucun. Il faut savoir, au besoin, changer son plan de bataille, et modifier sa façon de faire au gré des circonstances.

Rien n'est plus mauvais, dans un cas difficile, que de s'entêter dans l'exécution méthodique d'un procédé, qui ne peut précisément être méthodique que lorsque le cas est régulier et relativement facile.

Il y a cependant deux règles absolues et avec lesquelles on ne doit jamais transiger dans l'exécution de toute hystérectomie vaginale par quelque procédé que ce soit : il ne faut jamais perdre le contact de l'utérus sur lequel une ou plusieurs pinces doivent toujours être amarrées; enfin et surtout, il ne faut jamais, au cours des manœuvres de section et de morcellement, s'écarter de la *ligne médiane*. — Aller vers les bords de l'utérus, lorsqu'il n'est pas encore extériorisé, c'est aller au-devant des fausses prises, des déchirures et surtout des hémorragies les plus redoutables. Il faut donc tout sacrifier à cette obligation de ne pas s'écarter de la ligne médiane.

Et c'est ainsi que, pénétré de ces quelques principes, et avec un peu d'expérience, le chirurgien prendra bientôt la cons-

cience nette de cette opération. Il ne reculera pas devant les difficultés d'une intervention parfois merveilleuse et capable de donner de véritables résurrections, et il se tirera à son honneur des situations les plus difficiles, car, lorsqu'on a assumé la tâche d'enlever un utérus, une fois l'opération commencée, il faut aller jusqu'au bout.

HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE

J'ai dit plus haut les multiples avantages de la castration abdominale totale (voy. p. 199). Je n'y reviens pas, mais comme il existe de grandes différences dans la facilité d'exécution de cette opération suivant les procédés auxquels on a recours, je tiens à insister sur sa technique et à montrer quels sont les obstacles à vaincre et quelle est la meilleure façon de les surmonter [1].

Ce que je vais dire s'applique à l'*hystérectomie totale*, avec enlèvement du col, qui est l'opération type. Je n'aurai que fort peu de chose à y modifier pour appliquer tous les termes de cette discussion à l'*hystérectomie subtotale*.

HYSTÉRECTOMIE TOTALE

Pour pratiquer une hystérectomie totale, il faut, en somme, séparer l'utérus et ses annexes malades des tissus et des organes avoisinants. Or, l'utérus et les annexes ne tiennent à ces tissus et à ces organes que par deux moyens d'union : l'un, très résistant, constant, fixe, toujours semblable à lui-même et anatomiquement bien défini, l'insertion vaginale du col ; l'autre, irrégulier, inconstant, parfois insignifiant et fragile, parfois au contraire tenace, résistant et presque invincible, les adhérences

[1] J'emprunterai la majeure partie de cette discussion à une leçon clinique que j'ai faite à la Charité et dans laquelle cette question de technique est traitée à fond. — Voir J.-L. Faure. Sur la technique de l'hystérectomie abdominale totale dans les suppurations annexielles. Clinique de la Charité. *Journal des Praticiens*, 1900, p. 17.

pathologiques entre les annexes malades et les organes voisins. Il y a, il est vrai, le ligament rond et le pédicule utéro-ovarien ; mais, au point de vue pratique, on peut pour ainsi dire faire abstraction de ces deux moyens d'union, tant sont faciles leur recherche, leur isolement et leur section.

Quant aux vaisseaux utérins, ils ne constituent pas, en réalité, des moyens d'union sérieux. Ils se déchirent ou se sectionnent au cours de l'opération avec tant de facilité qu'ils ne sauraient mettre un obstacle quelconque à l'extirpation des organes malades. Ils ne peuvent gêner que par le sang qu'ils donnent, et qu'il est toujours possible d'arrêter, soit qu'on recherche les utérines pour les pincer avant de les couper, soit au contraire qu'on les coupe sans s'en préoccuper autrement et qu'on mette une pince sur elles au moment où on les voit saigner. Je ne crois donc pas qu'il faille faire de la recherche des utérines et de leur ligature la manœuvre principale de cette opération. On les pince lorsqu'on les rencontre, au moment qui semble le plus favorable, avant ou après leur section ; mais il est beaucoup plus important, à mon sens, de diriger ses efforts vers les deux manœuvres capitales de cette opération : la recherche et la section du vagin d'une part, et, d'autre part, la libération des adhérences.

Nous nous trouvons ici, en présence de deux grandes méthodes d'hystérectomie, méthodes qu'il faut bien comprendre, parce que les différents procédés qu'on a coutume d'employer gravitent pour ainsi dire autour d'elles. L'une enlève les parties malades en les attaquant de *haut en bas*, des annexes vers le vagin ; l'autre, au contraire, les attaque de *bas en haut*, du vagin vers les annexes.

La seconde, je le dis immédiatement, est de beaucoup supérieure, parce qu'elle s'attaque d'abord à l'obstacle principal, fixe, invincible, au vagin solide et résistant, que les doigts les plus habiles ne peuvent décoller, et que les tractions les plus énergiques ne peuvent déchirer. Tant que l'insertion vaginale est intacte, il est impossible d'enlever l'utérus et toutes les manœuvres que l'on fait dans ce but, sont des manœuvres impuissantes. Au contraire, lorsque le vagin est sectionné,

tout est fini, et l'utérus, au moins dans les cas ordinaires, ne tient pour ainsi dire plus. Les ligaments larges et les pédicules utéro-ovariens sont, en effet, souples, plastiques; on les saisit entre les doigts et, d'un coup de ciseaux, on les tranche sans difficultés. Seules les adhérences pathologiques tiennent encore; mais on comprend que leur diversité infinie ne puisse s'accommoder de règles fixes permettant leur décollement, et la seule règle qu'on puisse établir, c'est qu'il est infiniment plus facile de les décoller et de les rompre, lorsque l'utérus est déjà libéré, lorsqu'il est mobile et facile à incliner en tout sens, c'est-à-dire lorsque son insertion vaginale est sectionnée et qu'on peut l'attirer facilement vers le haut en désobstruant le fond du petit bassin; c'est encore que les annexes sont beaucoup plus faciles à décoller de *bas en haut* que de haut en bas, parce qu'on les aborde *par-dessous*, en un point où les adhérences sont en général insignifiantes ou nulles.

Je n'insiste pas davantage sur ce fait; mais il est indispensable de le bien retenir et d'y attacher toute l'importance qu'il mérite. La manœuvre principale dans l'hystérectomie abdominale totale est donc, je le répète, la désinsertion du vagin, parce que l'insertion vaginale du col est le seul moyen de fixité qui unisse sérieusement l'utérus aux organes voisins. Une fois le vagin désinséré, l'extirpation de l'utérus et des annexes n'est plus qu'un jeu, il se décolle de bas en haut avec la plus grande facilité, et se laisse enlever avec les annexes, retenues seulement par les adhérences pathologiques aux organes voisins.

Je répète donc, pour n'y plus revenir, que les annexes sont infiniment plus faciles à enlever lorsqu'on les attaque de *bas en haut* et que la main plonge dans le fond du petit bassin pour les décoller *par-dessous*. L'hystérectomie abdominale pratiquée de bas en haut, après désinsertion du vagin, me paraît en un mot, par la facilité qu'elle donne, infiniment supérieure à l'extirpation de haut en bas qui commence par décoller les annexes et garde pour la fin la désinsertion vaginale.

Cette extirpation de *haut en bas*, dont je veux parler d'a-

bord, pour en montrer les écueils, ne peut guère s'exécuter que par un seul procédé qui présente, il est vrai, de nombreuses variations de détail, assez insignifiantes, et qui ne changent en rien la physionomie de l'opération. Ce procédé auquel nous donnons en France, et à juste titre, le nom de DELAGENIÈRE, est d'ailleurs extrêmement simple, au moins en théorie. Il n'en est pas toujours de même en pratique.

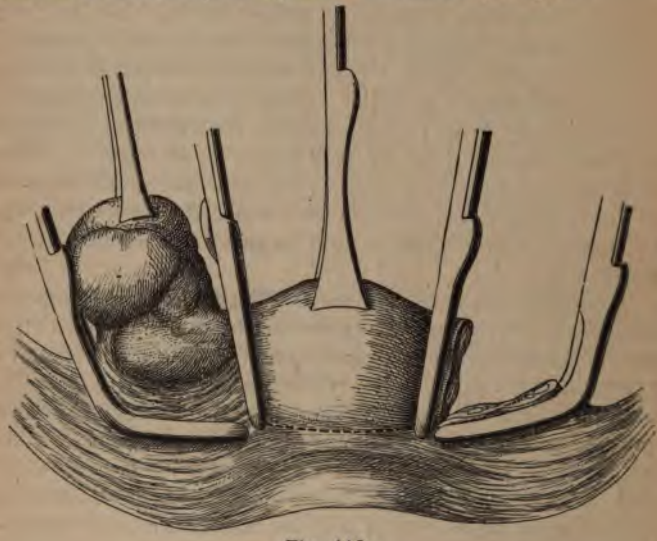


Fig. 112.

Les annexes sont isolées; une pince coudée est placée à cheval sur le ligament large; le bec arrive au ras de l'utérus sous le bec d'une pince hémostatique placée de champ sur la corne utérine et longeant le bord utérin; à gauche les annexes sont enlevées (d'après DELAGENIÈRE).

PROCÉDÉ DE DELAGENIÈRE. — On commence par enlever, des deux côtés, les annexes malades, en les isolant avec des pinces, en dehors au niveau du pédicule utéro-ovarien et de l'insertion pelvienne du ligament large, et en dedans au niveau de la corne utérine et du bord de l'utérus (fig. 112).

Puis, lorsque les annexes sont enlevées, on incise transversalement le péritoine, en avant un peu au-dessus de la vessie et en arrière à une hauteur correspondante. On ménage ainsi une collerette péritonéale qui, après extirpation de l'utérus, servira à fermer le fond du petit bassin (fig. 113). Cette collerette

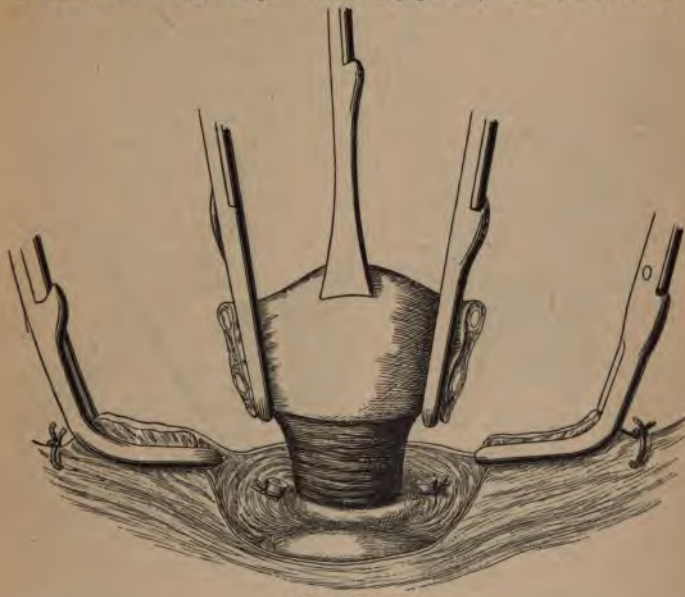


Fig. 113.

Les annexes ont été excisées entre les pinces; tracé de la collerette portant entre les becs de deux pinces (d'après DELAGENIÈRE).

doit être décollée avec le doigt aussi bas que possible, ce qui conduit au niveau des culs-de-sac vaginaux. On recherche alors et on lie les artères utérines, puis on ouvre le vagin au niveau du cul-de-sac postérieur, on le désinsère circulairement (fig. 114), et il ne reste plus qu'à terminer l'opération par l'hémostase et la suture du vagin et du péritoine.

En principe, rien n'est plus simple que cette opération, et en

effet, lorsque les annexes sont peu adhérentes, elle ne présente aucune difficulté véritable. Mais dès que le cas devient un peu compliqué et pour peu qu'il y ait entre les annexes et les parties voisines des adhérences sérieuses, le premier temps de cette opération, l'extirpation des annexes, peut présenter de très

Fig. 114.
Ouverture et désinsertion circulaire du vagin (d'après DELAGENIÈRE).

grandes difficultés, précisément parce que, dans ce procédé, on se prive de la manœuvre qui facilite le plus leur décollement et leur ablation, je veux dire leur attaque de *bas en haut*, par leur côté le plus accessible. En gardant l'utérus pour la fin, on se prive en outre de la grande commodité que procure son extirpation première, qui, en laissant la place libre au milieu du petit bassin, permet à la main d'évoluer avec la plus grande facilité.

Cette *extirpation préalable de l'utérus* est en effet très importante et, dans les cas compliqués, facilite beaucoup l'extirpation des annexes. C'est ce que VILLAR, de Bordeaux, a parfaitement compris. Il la recommande chaleureusement[1], et il a raison de la recommander, car dans tous les cas un peu compliqués il est réellement beaucoup plus facile d'enlever les annexes avec l'utérus que les annexes seules, à condition d'enlever l'utérus en premier lieu et de se servir de la brèche que laisse son extirpation pour manœuvrer dans le fond du petit bassin et attaquer les annexes par leur côté le plus vulnérable.

Fig. 115.

L'utérus une fois enlevé, les deux pinces verticales sont restés sur la pièce. Le fond de l'utérus est resté recouvert de péritoine (d'après DELAGENIÈRE).

C'est ce dont TERRIER s'est également rendu compte, puisque comme nous le verrons plus loin, lorsque je parlerai de l'hystérectomie supra-vaginale, il a peu à peu évolué dans sa manière de faire. Alors qu'au début son procédé opératoire ordinaire ne différait de celui de DELAGENIÈRE que parce qu'il faisait une hystérectomie subtotale en coupant transversalement le col au niveau de l'isthme, au lieu de désinsérer le vagin, actuellement il commence par enlever l'utérus pour se donner du jour et aborder ensuite les annexes.

Voilà donc le gros reproche qu'on peut faire au procédé de DELAGENIÈRE. En extirpant les annexes en premier lieu, il court au-devant des difficultés principales de l'opération, et se prive des grandes facilités que donnent pour leur ablation l'extirpa-

[1] Th. CHAPEYRON. Bordeaux, 1899.

tion première de l'utérus, qui permet à la main d'évoluer dans le fond du petit bassin, et l'attaque des annexes de bas en haut, qui permet leur décollement plus facile.

Je sais bien qu'on peut atténuer ces difficultés dans une certaine mesure en commençant l'extirpation des annexes par la section de leur pédicule utérin ainsi que j'ai déjà eu l'occasion de le dire en décrivant la salpingectomie abdominale (voy. p. 183). On peut ainsi, en passant entre les annexes et le bord de l'utérus, les attaquer par dedans et par-dessous, mais les manœuvres sont beaucoup moins faciles lorsque l'utérus est là, qui remplit le centre du petit bassin, que lorsque, par un procédé quelconque, on a pu s'en débarrasser.

Delagenière pour enlever l'utérus, qui reste seul après l'ablation des annexes, ouvre le vagin par le cul-de-sac postérieur. Lorsque les annexes n'y sont plus, cette ouverture est en général simple et facile, même sans l'aide d'une pince directrice introduite par la vulve. On peut d'ailleurs, si le cul-de-sac postérieur est trop profond ou obstrué par des adhérences, attaquer le vagin soit par le cul-de-sac antérieur, soit par le cul-de-sac latéral. Cela n'a aucune importance. Mais il est certain que, dans les cas compliqués et difficiles, lorque la physionomie du petit bassin est complètement modifiée par les adhérences qui l'encombrent, cette ouverture du vagin peut n'être pas très commode et peut quelquefois, surtout lorsqu'on est obligé de l'attaquer par côté, donner des craintes pour l'uretère dont il est souvent difficile de déterminer l'exacte situation. Nous verrons plus loin qu'il existe un procédé qui supprime complètement les craintes relatives à l'uretère, et les difficultés possibles dans la recherche et l'ouverture du vagin.

Tel est le procédé général d'extirpation *de haut en bas*, susceptible d'ailleurs de recevoir diverses modifications de détail, mais qui ne changent rien à sa physionomie générale.

Les procédés d'extirpation *de bas en haut* en diffèrent complètement. Ils vont au contraire s'attaquer d'abord à l'insertion vaginale du col, qui est le principal moyen d'union de la masse utéro-annexielle aux organes environnants. Puis, l'insertion

vaginale étant détachée, ils enlèvent l'utérus et les annexes en les attaquant par-dessous.

Procédé de Doyen. — De ces procédés un des plus connus est celui de Doyen, qui commence par ouvrir le culde-sac postérieur (fig. 116), puis, attirant par l'ouverture ainsi faite le col utérin, sectionne tout autour l'insertion vaginale (fig. 117). Dès ce moment, l'utérus ne tient plus que par les ligaments larges qu'on pédiculise avec la plus grande facilité sur leur insertion pelvienne, et par les adhérences qu'il ne reste qu'à détacher.

Le procédé de Doyen, qui, à mon avis, est excellent pour l'extirpation des fibromes, bien que j'aie actuellement une tendance très nette à lui préférer les procédés d'hystérectomie sus-vaginale, et en particulier le procédé d'hystérectomie subtotale par section première du col, que j'ai décrit récemment[1], ce procédé de Doyen qui, dis-je, est excellent pour les fibromes, lorsque l'utérus volumineux peut se renverser sur le pubis, lorsque le cul-de-sac de Douglas est libre et très accessible, et qui permet alors d'enlever un utérus énorme en quelques minutes à peine, ce procédé est ici beaucoup moins avantageux et souvent même impraticable. C'est qu'en effet, dans les suppurations annexielles, le cul-de-sac de Douglas, qui doit être libre pour la bonne exécution du procédé de Doyen, est presque toujours encombré par les annexes prolabées et adhérentes qui l'obstruent complètement et le rendent inaccessible. Dans ces conditions, il faut se livrer, pour atteindre le cul-de-sac vaginal postérieur, à un travail de décortication préliminaire des annexes, travail souvent fort long et pour lequel on rencontre les mêmes difficultés que dans le procédé de Delagénière. Si bien que, dans un grand nombre de cas, on se trouve avoir, pour ainsi dire, enlevé les annexes au moment où on aborde le vagin, en se privant ainsi des facilités que donne pour cette extirpation des annexes, la désinsertion pre-

[1] J.-L. Faure. L'hystérectomie subtotale par section première du col. Clinique de la Charité. *Bulletin médical*, 7 nov. 1900, p. 1245.

mière du col utérin qui constitue précisément l'originalité du procédé de Doyen appliqué à l'extirpation des fibromes.

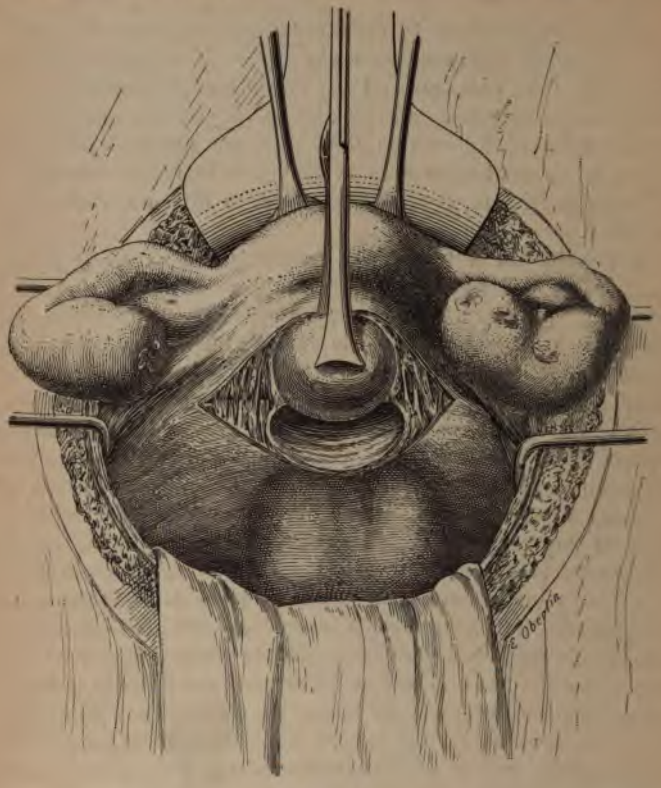


Fig. 116.

Procédé de Doyen. Le cul-de-sac postérieur a été ouvert, le col est attiré dans le ventre et le vagin est en partie désinséré.

De plus, pour peu que les adhérences péri-utéro-annexielles soient étendues et l'utérus immobilisé, il est très difficile, sinon impossible, d'attirer celui-ci en haut et de pénétrer dans

le Douglas, même débarrassé des annexes, pour aborder le cul-de-sac vaginal postérieur et l'ouvrir.

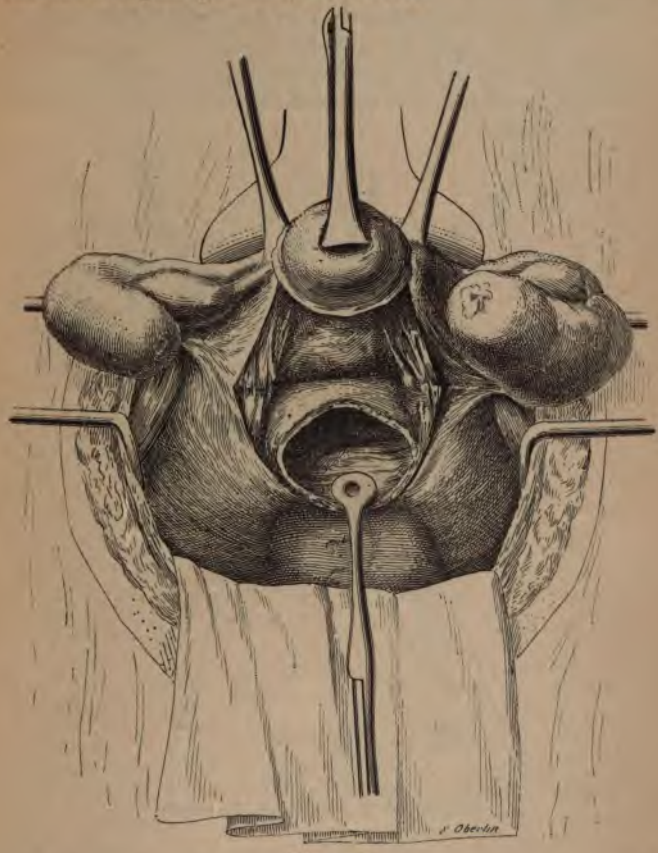


Fig. 117.

La désinsertion du vagin est complète. La face antérieure de l'utérus commence à se décoller. Il ne reste qu'à pédiculiser les ligaments larges et à les sectionner.

En somme, dès que le cas est un peu compliqué, le procédé

de Doyen présente de grandes difficultés, et pour l'ouverture et la désinsertion du vagin qu'on n'aborde qu'avec peine, et pour le décollement des annexes qu'on ne peut bien souvent attaquer de bas en haut, puisqu'on a été dans l'obligation de commencer par les isoler, avant même d'avoir ouvert le vagin et de faire, en réalité, une opération à peu près identique à celle de Delagenière.

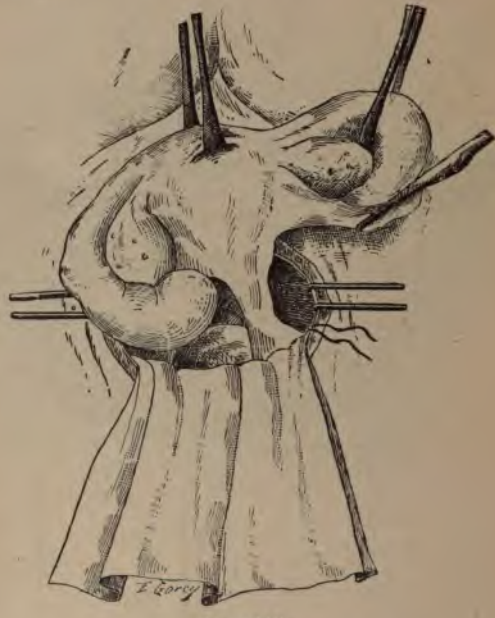


Fig. 118.
Isolement des annexes (Hartmann).

Procédé de Hartmann. — Ce sont ces difficultés qui ont conduit Hartmann à modifier le procédé de Doyen et à commencer, avant d'ouvrir le cul-de-sac postérieur par isoler méthodiquement les annexes en sectionnant les pédicules vasculaires utéro-ovariens (fig. 118). Ce n'est que lorsque les annexes ont

été libérées qu'il ouvre le cul-de-sac postérieur et désinsère le vagin pour enlever en un seul bloc l'utérus et les annexes qui lui sont fixées (fig. 119). Ce procédé est, en somme, une combinaison de ceux de DOYEN et de DELAGENIÈRE, et il ne diffère guère de ce dernier que parce qu'après avoir isolé les annexes

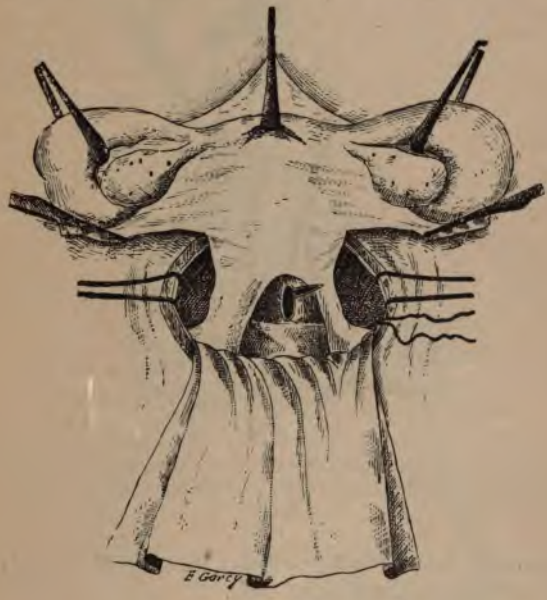


Fig. 119.

Les annexes sont isolées des deux côtés. Le cul-de-sac postérieur est ouvert et la désinsertion du vagin commencée (HARTMANN).

du côté externe, HARTMANN ne les sépare pas de l'utérus et les conserve pour les enlever avec lui. Je sais qu'il a donné à son auteur d'excellents résultats. Je ne lui fais pas moins le reproche que j'ai fait aux procédés précédents de décortiquer les annexes de haut en bas, de se priver du secours qu'offre pour cette décortication, qui est capitale, la désinsertion préalable de

l'insertion vaginale du col et l'enlèvement de l'utérus, et d'exposer le chirurgien qui recherche le vagin pour l'ouvrir, à des

Fig. 120.
Introduction par l'ouverture du cul-de-sac postérieur d'une pince spéciale destinée à saisir le col et à l'attirer dans le Douglas (Hartmann).

tâtonnements toujours ennuyeux et à des manœuvres qui peuvent ne pas être toujours innocentes.

Procédés de Richelot et de Jonnesco. — Frappés de la difficulté qu'il y a à aborder le vagin par le cul-de-sac postérieur, certains chirurgiens, et en particulier Richelot et Jonnesco, l'abordent par le cul-de-sac antérieur. Dans les suppurations annexielles cela est en général beaucoup plus facile. Le cul-de-sac vésico-utérin est, en effet, le plus souvent libre d'adhérences, et les trompes, presque toujours situées en arrière, dans le Douglas, ne gênent pas. On peut donc facilement refouler la vessie en bas et ouvrir le cul-de-sac antérieur.

Jonnesco ne le fait qu'après avoir isolé les annexes, toujours

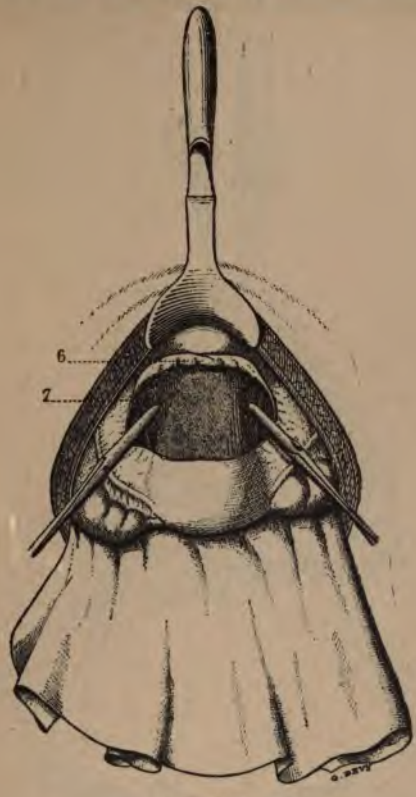


Fig. 121.
Découverte du cul-de-sac antérieur et pincement des utérines (Richelot).

de haut en bas, et avec les inconvénients qui s'attachent à cette façon de faire.

Richelot commence au contraire par là, et désinsère immé-

diatement la tranche vaginale en attirant le col en haut et en avant (fig. 122). Cette manœuvre est assez difficile parce que

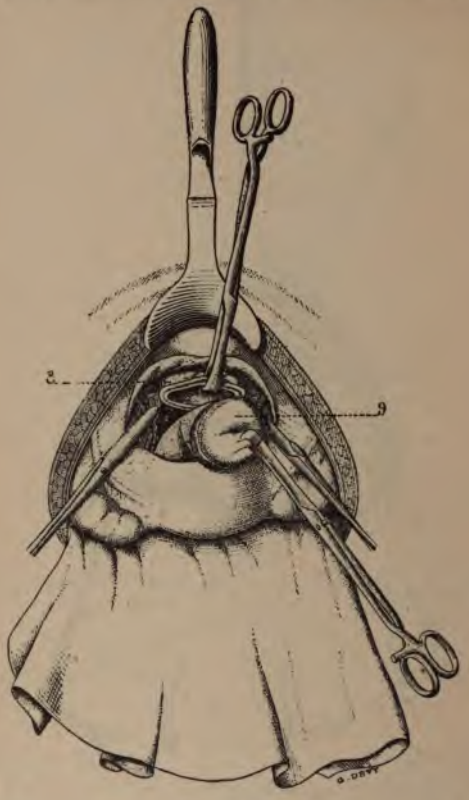


Fig. 122.
L'insertion vaginale du col est sectionnée (Richelot).

l'utérus arrêté sur les annexes qui remplissent le bassin derrière lui, ne bascule pas aussi facilement en arrière qu'il bascule en avant dans le procédé type de Doyen, et il est de ce

fait plus malaisé d'atteindre l'insertion du vagin sur sa partie postérieure. Mais, dans le plus grand nombre des cas, la manœuvre, quoique pénible, est praticable.

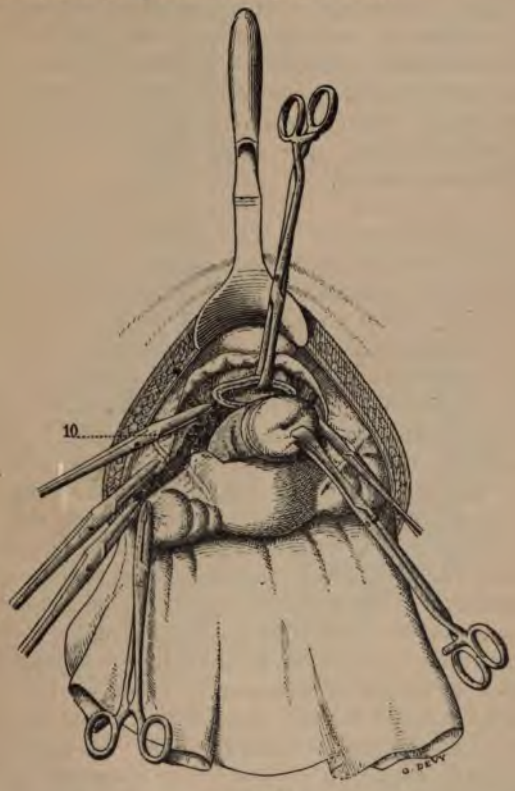


Fig. 123.
Décollement du bas en haut des annexes gauches (Richelot).

Richelot décortique alors les annexes de bas en haut ce qui permet de les attaquer par-dessous (fig. 123). Cela est bien, j'ai déjà dit. Mais ici, la présence de l'utérus qui remplit

le petit bassin, gêne les évolutions de la main chargée de décoller les annexes. Si bien que ce décollement est souvent difficile.

En somme, je crois, dans les suppurations annexielles, le procédé de Richelot supérieur au procédé type de Doyen, parce que, à difficultés égales dans la décortication des annexes, attaquées dans les deux cas de bas en haut, il est beaucoup plus facile d'aller ouvrir le vagin par le cul-de-sac antérieur, presque toujours libre, que par le cul-de-sac postérieur, presque toujours obstrué.

Procédé de Kelly-Segond. — Il y a un procédé intermédiaire aux procédés d'extirpation de haut en bas et de bas en haut, procédé qui jouit actuellement d'une grande faveur et qui la mérite à plus d'un titre. C'est le procédé que nous appelons, en France, le *procédé américain*. C'est en effet un procédé intermédiaire, puisque d'un côté il décortique les annexes en les attaquant de haut en bas, tandis que de l'autre côté, au contraire, il les attaque de bas en haut. A vrai dire le procédé américain type, décrit par Kelly, laisse le col utérin, sans ouvrir le vagin et constitue en réalité une hystérectomie sus-vaginale. Segond l'a un peu modifié en enlevant le col.

Pour l'exécuter, on commence par sectionner le pédicule utéro-ovarien du côté gauche, par exemple, en tout cas du côté où l'isolement et la décortication des annexes semblent le plus faciles, puis on isole les annexes gauches et on les sépare des parois pelviennes en descendant dans le ligament large, jusque sur le cul-de-sac latéral du vagin (fig. 124). On ouvre alors celui-ci soit directement, soit sur une pince directrice introduite par la vulve, et on désinsère sa moitié droite : on bascule alors l'utérus vers la droite, on sectionne la moitié droite du vagin, en l'attaquant par sa face muqueuse, puis on décortique les annexes droites en remontant cette fois de bas en haut, jusqu'au pédicule ovarien qu'on pince et qu'on sectionne (fig. 125).

Cette seconde partie de l'opération, dès la bascule de l'utérus, est en général extrêmement facile, parce que, l'utérus étant renversé, la main agit librement dans le petit bassin, et

peut facilement aller décoller les annexes en les attaquant *par-dessous*.

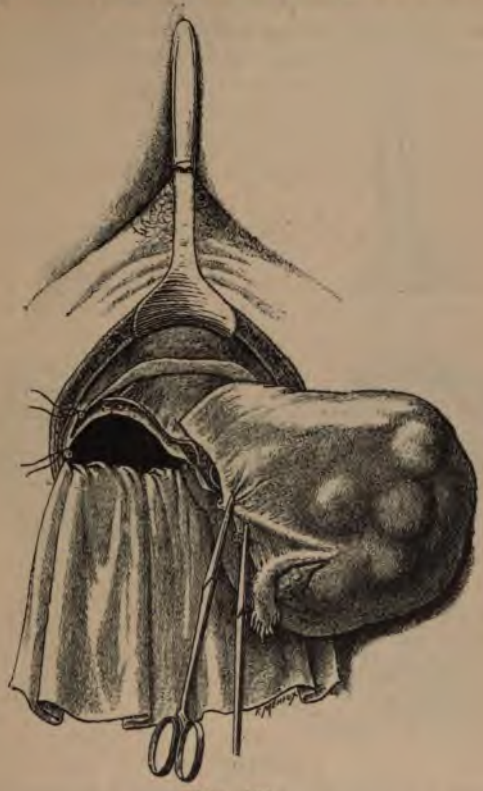


Fig. 124.

Procédé de KELLY-SEGOND, représenté ici dans un cas d'utérus fibromateux (SEGOND).

La section du ligament large gauche vient de conduire sur l'utérine du même côté. Le ligament large gauche est sectionné de haut en bas. Deux fils sont placés l'un sur l'artère utéro-ovarienne, l'autre sur l'artère du ligament rond; l'utérus est renversé à droite, et au fond du décollement on reconnaît l'artère utérine (SEGOND).

On profite donc intégralement, du côté droit, de l'avan-

tage qu'il y a à décortiquer les annexes de bas en haut, et à manœuvrer dans un petit bassin privé de son utérus. Mais, si l'opération est en général extrêmement facile pour le côté droit, il n'en est pas de même pour le côté gauche, où nous

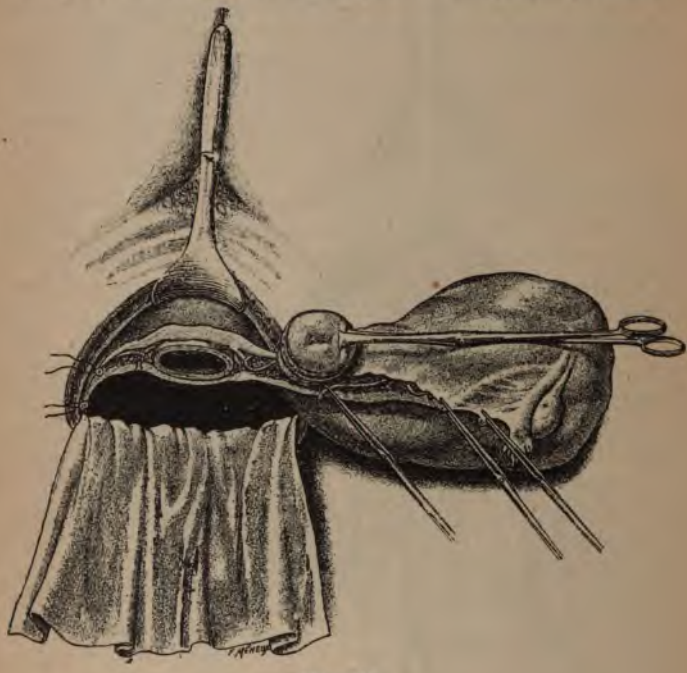


Fig. 125.

Deuxième temps : La masse utéro-ovarienne, renversée à droite, ne tient plus que par le ligament large correspondant (SEGOND).

retrouvons toutes les difficultés qu'il peut y avoir à décortiquer les annexes de haut en bas, et pendant que le corps utérin encombre encore le petit bassin.

De plus ce procédé ne supprime aucune des difficultés qu'on peut rencontrer dans la recherche et l'ouverture du vagin

qu'il faut aborder par côté, dans une région où la situation de l'uretère est en général assez indécise.

L'opération sus-vaginale, telle que la pratique KELLY et avec lui beaucoup de chirurgiens, supprime, il est vrai, cette dernière difficulté. Mais je ne veux pas discuter ici sur les avantages ou les inconvénients de la conservation du col utérin — j'y insisterai suffisamment plus loin — et c'est de l'hystérectomie totale que je veux exclusivement m'occuper.

Ainsi, de tous les procédés que je viens de passer en revue, il n'en est pas un qui permette de lever facilement tous les obstacles qui s'opposent à l'extirpation de l'utérus et de ses annexes. Ces obstacles, je l'ai dit et je le répète, sont d'une part l'insertion vaginale du col, et d'autre part les adhérences pathologiques. Or, dans les suppurations annexielles aucun des procédés que je viens de décrire ne permet en même temps d'aborder sûrement et facilement le vagin pour couper son insertion utérine, et de décortiquer les annexes en les attaquant par-dessous et en les décollant de bas en haut, après que l'extirpation de l'utérus a rendu le champ libre.

Le procédé de DELAGENIÈRE décortique de haut en bas et avant l'extirpation de l'utérus qui n'est séparé du vagin qu'à la fin de l'opération.

Le procédé de DOYEN n'est presque jamais exactement applicable et nécessite presque toujours, lui aussi, le décollement des annexes de haut en bas avant la désinsertion vaginale, souvent fort difficile elle-même à cause de la fixité relative de l'utérus qui empêche de l'attirer en haut et en avant pour pénétrer dans le cul-de-sac postérieur du vagin.

Les procédés de HARTMANN et de JONNESCO décortiquent également les annexes de haut en bas et peuvent ménager quelques difficultés dans la recherche et l'ouverture du vagin.

Le procédé de RICHELOT, s'il décortique les annexes de bas en haut, ne donne aucune facilité pour le faire à cause de la présence de la masse utérine qui ne peut basculer et laisser le champ libre qu'après la décortication laborieuse des annexes d'un des côtés.

Enfin le procédé de Kelly modifié par Segond, qui me paraît le meilleur de ceux que j'ai énumérés jusqu'ici, ne permet la décortication idéale, de bas en haut, que dans la seconde moitié de l'opération, en vérité très facile. Mais dans la première moitié, il se heurte, lui aussi, aux difficultés de la décortication de haut en bas et aux ennuis que l'on peut rencontrer dans la recherche et l'ouverture du vagin dont rien ne vient montrer d'une façon précise les limites exactes et près duquel on craint toujours, surtout lorsqu'on l'aborde par côté, de rencontrer l'uretère.

Procédé de J.-L. Faure. — Eh bien, il existe un dernier procédé d'une extrême simplicité et qui permet, lui, d'aller toujours et en premier lieu droit à l'obstacle principal, l'insertion vaginale du col, de trouver et d'ouvrir le vagin sans aucune difficulté et sans aucun risque de rencontrer l'uretère, de sectionner cette insertion vaginale, puis de renverser l'utérus en se donnant dans le fond du petit bassin la place nécessaire pour manœuvrer facilement et pour attaquer les annexes par-dessous, en les décollant de bas en haut, aussi bien à droite qu'à gauche. Ce procédé, je ne crains pas de le dire, accumule toutes les facilités et réalise l'idéal de la simplicité opératoire. C'est le procédé d'hystérectomie abdominale totale par *section médiane de l'utérus* que j'ai décrit il y a quatre ans, et dont je tiens à exposer ici les avantages [1].

Voici la façon de l'exécuter. Le ventre ouvert, on saisit le fond de l'utérus avec deux bonnes pinces à griffes placées de chaque côté de la ligne médiane, et on attire le plus possible l'utérus vers le haut. D'un coup de ciseaux, on incise alors le péritoine au-dessus du cul de-sac vésico-utérin et on refoule la vessie aussi bas que possible de façon à arriver approximativement au-dessous du col utérin. Avec de forts ciseaux droits on sectionne alors l'utérus sur la ligne médiane de haut en bas, du fond vers le col (fig. 126). Si l'on a soin de se guider sur

[1] Voir Pétron. L'hémisection utérine dans l'hystérectomie abdominale, Th. de Paris, 1900.

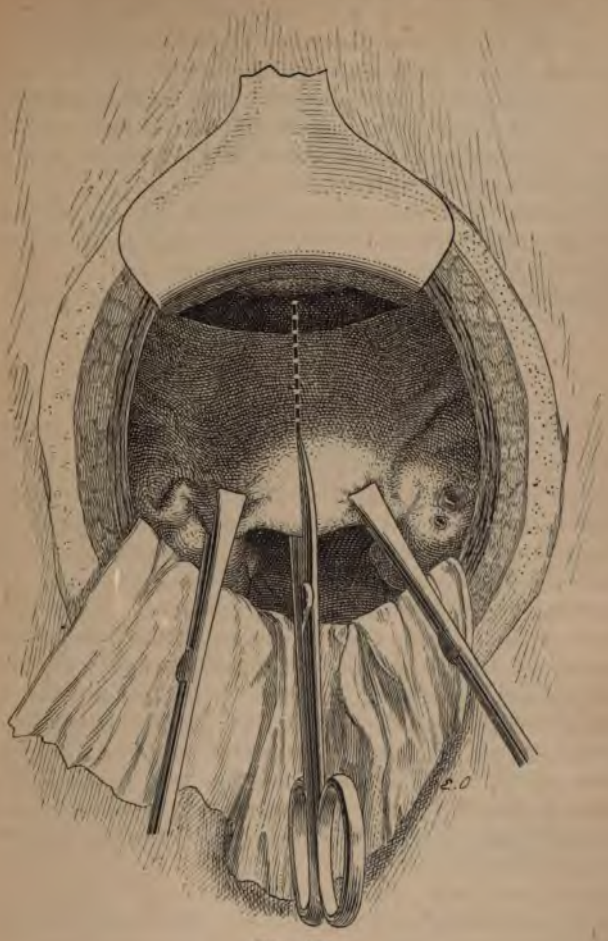


Fig. 126.

Procédé de J.-L. Faure.

Le fond de l'utérus est saisi et attiré par deux pinces. Le péritoine est incisé au niveau du cul-de-sac vésico-utérin et la vessie repoussée en bas. Commencement de l'hémisection utérine.

la cavité utérine, on arrive en quelques coups de ciseaux jusque dans le vagin qui se trouve ouvert en avant et en arrière sur la ligne médiane. J'ai l'habitude de saisir alors les tranches vaginales antérieure et postérieure avec des pinces appropriées (fig. 127), qui ne dérapent jamais et sont très utiles pendant le reste de l'opération pour retrouver le vagin, rechercher les utérines, faciliter les ligatures, etc.

L'utérus se trouve donc divisé en deux moitiés sur toute sa hauteur, y compris le col dont on aperçoit en général les deux moignons avec la plus grande netteté (fig. 128).

Une bonne pince à griffes vient alors saisir la moitié cervicale

Fig. 127.
Pince spéciale pour saisir la tranche utérine.

droite et l'attire vers le haut. Sous l'influence de cette traction, qu'il ne faut pas craindre de faire énergique, la moitié droite du vagin qui s'insère sur le col se tend. En quelques coups de ciseaux courbes qui viennent l'aborder par sa face muqueuse on sectionne la paroi vaginale (fig. 129). Le col se laisse alors attirer plus haut encore. L'artère utérine est alors sectionnée, ou pincée, si on ne l'a déjà fait, et en tirant toujours vers le haut sur la pince qui tient le col, on déroule pour ainsi dire l'utérus et on le renverse vers le haut en s'aidant de la main gauche qui manœuvre facilement et librement dans le fond du petit bassin, grâce à la brèche que donne l'hémisection de l'utérus. On coupe alors le ligament rond près de la corne utérine et on n'a plus qu'à vaincre les adhérences des annexes avec les organes voisins.

Sans doute il peut y avoir alors des difficultés considérables suivant l'importance de ces adhérences. Mais comme on peut attaquer les annexes par-dessous, j'affirme qu'on a beaucoup plus de facilité à les décoller que lorsqu'on les aborde par-dessus, et les choses se passent ici comme dans le second temps du procédé américain, après renversement de l'utérus.

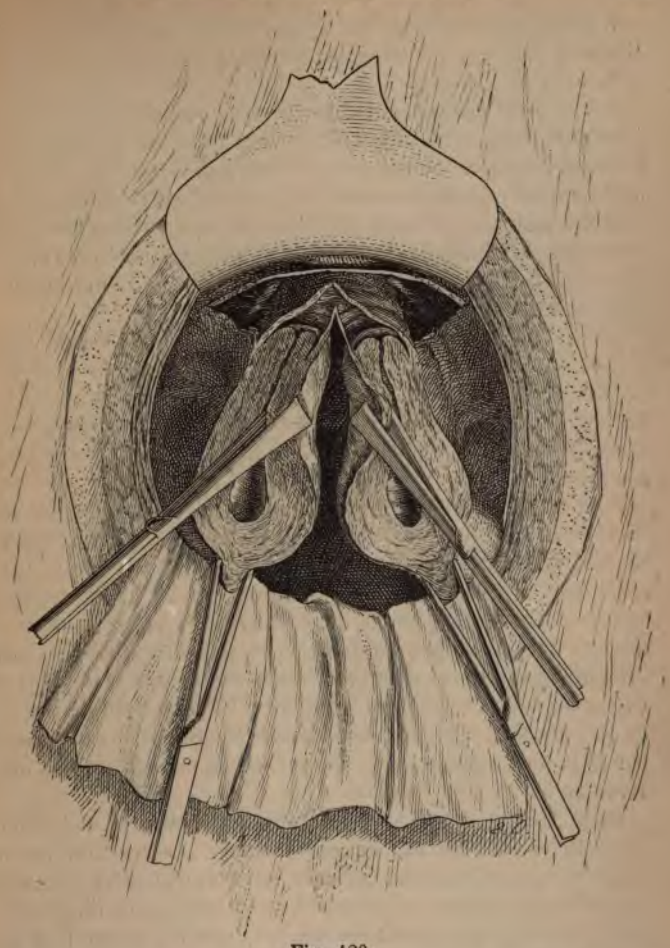


Fig. 128.

La section médiane de l'utérus est complète. Le vagin est ouvert au niveau de ses culs-de-sac antérieur et postérieur, exactement sur la ligne médiane, loin des uretères qu'on aperçoit en bas et en dehors.

Lorsque les annexes sont décortiquées et isolées, elles ne tiennent plus que par le pédicule utéro-ovarien qu'on tranche d'un coup de ciseaux.

Les annexes droites sont ainsi enlevées avec la moitié utérine à laquelle elles sont fixées. On répète à gauche la même manœuvre, traction du col vers le haut, désinsertion vaginale, décollement et renversement de la moitié utérine, décortication des annexes, et l'extirpation de la masse utéro-annexielle se trouve terminée (fig. 130). On n'a plus qu'à achever l'opération et à faire l'hémostase, la suture du péritoine et le drainage suivant ses goûts et ses habitudes.

Dans les cas ordinaires et même dans des cas compliqués, ce procédé permet d'enlever l'utérus et les annexes avec une facilité surprenante. Il présente, en effet, sur tous les autres procédés des avantages évidents dans les deux temps principaux de l'opération, la désinsertion du vagin et la décortication des annexes.

Pour la désinsertion du vagin, il est impossible de n'être pas frappé de la facilité qu'il donne. Et d'abord il supprime toutes les hésitations, toutes les difficultés qu'il peut y avoir dans la recherche et l'ouverture de cet organe. En se guidant sur la cavité utérine que permet de découvrir le premier coup de ciseaux donné sur le fond de l'utérus, on est en effet conduit directement, sûrement et pour ainsi dire fatalement dans le vagin. On ne peut pas arriver ailleurs. De plus, loin de risquer de s'égarer sur les côtés, vers l'uretère, on arrive exactement sur la ligne médiane, toujours au même point, loin des uretères qu'on ne peut blesser.

Cette facilité extraordinaire dans la découverte et l'ouverture du vagin n'est pas le seul avantage. La traction vers le haut du col hémisectionné permet, en effet, d'aborder la tranche vaginale par sa face muqueuse et de l'inciser pour ainsi dire à ciel ouvert en se rendant un compte exact de ce que l'on fait, ce qui n'arrive pas toujours, loin de là, lorsqu'on commence la désinsertion vaginale par le cul-de-sac postérieur ou par le cul-de-sac latéral, de l'extérieur du vagin vers l'intérieur.

De plus, la direction même de la traction exercée sur le col

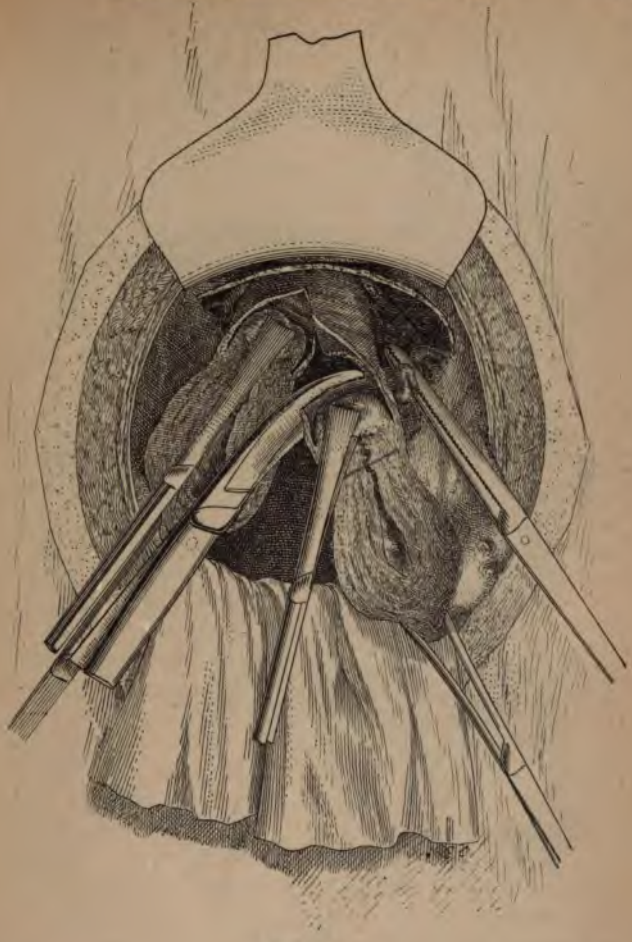


Fig. 129.

La moitié utérine droite est attirée vers le haut. Une pince est amarrée sur le col et l'attire en haut et en dedans. La paroi vaginale est sectionnée avec des ciseaux courbes qui l'attaquent de dedans en dehors, par se face muqueuse. Une pince saisit l'artère utérine.

Fig. 130.

La moitié droite a été enlevée. L'artère utérine, le ligament rond et le pédicule utéro-ovarien sont saisis avec des pinces. A gauche, la manœuvre du renversement, qui a été exécutée du côté droit, montre comment on saisit le pédicule utéro-ovarien. La tranche vaginale postérieure est saisie avec une pince appropriée.

éloigne celui-ci et par conséquent son insertion vaginale de l'uretère. Celui-ci reste en bas et en dehors, tandis que l'insertion vaginale du col est attirée en haut et en dedans. Les ciseaux s'éloignent donc au maximum de l'uretère, qui n'a plus aucune chance d'être blessé.

Pour la séparation des adhérences et la décortication des annexes, les avantages ne sont pas moins grands. La brèche ouverte dans le petit bassin par l'hémisection de l'utérus et le renversement de chaque moitié permet à la main d'évoluer avec la plus grande facilité et d'aller attaquer les annexes par-dessous. On les déroule ainsi beaucoup plus facilement, aussi facilement que dans le second temps du procédé américain, mais avec cet avantage capital que cette manœuvre si simple peut être faite des deux côtés et non pas seulement du côté par lequel on termine l'opération comme dans le procédé de Kelly. Sans doute, dans les cas compliqués, on peut avoir des difficultés et même des accidents. Mais j'affirme que, d'une manière générale, ces difficultés sont beaucoup moins grandes et ces accidents beaucoup plus rares que lorsqu'on aborde les annexes directement par en haut, et dans un bassin dont la partie centrale est encombrée par l'utérus.

Il suffit d'avoir fait une seule fois cette manœuvre pour se rendre compte de l'aisance avec laquelle on peut ainsi décortiquer des annexes qu'on ne sait par quel côté prendre lorsque l'utérus est encore en place. D'ailleurs, je ne suis pas seul à être de cet avis et mon ami Francis Villar, de Bordeaux, s'en est expliqué publiquement au congrès de chirurgie de 1899 et, dans la thèse de Chapeyron [1], il a fait ressortir tous les avantages de ce procédé.

Mon maître et ami Ricard [2], dans son remarquable rapport au Congrès de Chirurgie de 1899, déclare ce procédé « *parfait* quand il s'agit de lésions annexielles », et cette appréciation, venant d'un chirurgien de sa valeur, est pour moi de la plus haute importance.

[1] Chapeyron. Th. de Bordeaux, 1899.

[2] De l'hystérectomie abdominale totale. *Congrès de Chir.*, 1899, p. 28.

Bien plus et dans une publication récente[1] Kelly lui-même qui a appliqué un certain nombre de fois ce procédé, dans des cas difficiles, déclare loyalement qu'il est de beaucoup supérieur à celui qu'il a décrit lui-même et qui jouit actuellement d'une vogue universelle et méritée. Les arguments qu'il donne en faveur de l'hystérectomie par hémisection sont identiquement les mêmes que ceux que j'ai donnés moi-même, et les reproduire serait reproduire presque mot pour mot ce que je viens de dire.

Cette opinion loyale et désintéressée de l'illustre chirurgien de Baltimore me paraît apporter à l'actif du procédé que j'ai décrit un argument d'une singulière éloquence et auquel tout ce que je pourrais dire encore ne saurait ajouter grand'chose.

Dans les cas compliqués, lorsque le petit bassin tout entier est rempli d'adhérences qui unissent l'utérus et les annexes aux intestins et aux parois pelviennes, lorsqu'on ne sait en réalité par où commencer à attaquer les annexes, qu'il est même souvent impossible de distinguer, l'hémisection de l'utérus permet de mener à bien, et quelquefois facilement, des opérations qui semblent impraticables par tous les autres procédés. Le plus difficile est parfois de découvrir le fond de l'utérus. Lorsqu'on le tient, rien n'est plus simple que de gagner le vagin, en passant au centre du bloc utéro-annexiel, à travers l'utérus lui-même, en un point où la voie est toujours libre, et où, grâce à la présence de la cavité utérine, il est impossible de s'égarer.

Le vagin sectionné, l'utérus renversé, on sera même souvent étonné de la facilité avec laquelle s'énucléeront des annexes qui semblaient presque inaccessibles, mais dont on triomphe facilement en les attaquant par-dessous.

L'hémisection utérine présente donc de très grands avantages, et elle rend l'hystérectomie si aisée qu'il est permis d'affirmer qu'en général il est plus facile par ce procédé

[1] Howard A. Kelly. *American Journal of obstetrics*, nov. 1900 et *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale :* Paris, mars-avril, 1901.

d'extirper les annexes avec l'utérus que les annexes seules.

Tels sont les avantages de ce procédé. Il n'est passible que d'une seule objection et on n'a pas manqué de la lui faire.

L'ouverture de l'utérus, et d'un utérus souvent infecté est une cause d'infection possible. Ce serait là, au dire de certains chirurgiens, un inconvénient très grave et qui suffirait à faire rejeter ce procédé.

Je ne crois pas, pour ma part, qu'un léger degré d'infection soit bien à craindre dans le fond du petit bassin où on n'opère jamais en milieu aseptique, car ni le vagin, ni les mains, ni les trompes ne sont jamais parfaitement stériles. Je crois en outre que si l'ouverture de la cavité utérine peut parfois devenir une cause d'infection, elle évite très souvent cette infection que l'on redoute tant en permettant, par les facilités qu'elle donne, d'enlever les trompes sans les crever comme il arrive trop souvent.

Kelly va plus loin et déclare que les risques d'infection sont *nuls*, car l'examen d'un grand nombre de cavités utérines lui a démontré leur stérilité. Il suffit du reste, d'après lui, de bien protéger le champ opératoire.

Au surplus je ne veux pas discuter sur ce point où on ne peut faire que des hypothèses, et j'admets que la cavité utérine soit toujours infectée. Je prétends seulement qu'on peut très facilement supprimer les risques qu'elle fait courir en la stérilisant d'une manière absolue.

Il suffit en effet de la toucher au thermocautère.

Pour que cette cautérisation soit parfaite et qu'on ne puisse douter de son efficacité, j'ai prié M. Collin, de me faire une lame de thermocautère longue de 8 ou 10 centimètres et épaisse de 5 ou 6 millimètres.

Dès le début de l'hémisection, dès le premier coup de ciseaux qui coupe l'utérus sur une hauteur de 15 à 20 millimètres, j'ouvre à peine le fond de la cavité utérine. J'y introduis alors mon thermocautère que j'insinue dans les cornes utérines et que j'enfonce tout entier dans la cavité jusqu'au niveau du col, en frottant énergiquement et à plusieurs reprises sur toute sa hauteur la muqueuse utérine.

La muqueuse est ainsi complètement détruite au fer rouge, sur toute son étendue, dans toute son épaisseur, et il est évident que la cavité utérine se trouve dès lors stérilisée et aussi aseptique que peut l'être un organe quelconque, plus stérile certainement que le vagin, les trompes et les mains de l'opérateur.

Il me paraît donc certain qu'après qu'on lui a fait subir ce traitement énergique et qu'il faut faire de parti pris, bien que KELLY le néglige et n'en parle même pas, la cavité utérine ne saurait devenir une cause d'infection quelconque et que l'objection qu'on a pu de ce chef faire à mon procédé se trouve absolument détruite.

Il est évident qu'à défaut de la lame spéciale que j'ai fait faire, une lame ordinaire de thermocautère permet, bien qu'un peu moins commodément, de stériliser la cavité utérine, mais je ne saurais trop, sous ce rapport, conseiller d'employer une lame longue analogue à celle que j'ai fait construire.

Cette longue discussion de technique opératoire, à laquelle j'attache beaucoup d'importance, me permettra d'être beaucoup plus bref dans l'étude de l'hystérectomie sus-vaginale, qui est soumise aux mêmes règles et obéit aux mêmes lois, mais qui prend une importance chaque jour grandissante.

HYSTÉRECTOMIE SUS-VAGINALE OU SUBTOTALE

Beaucoup de chirurgiens, TERRIER en tête, à l'exemple des chirurgiens américains et en particulier de KELLY, préfèrent à l'hystérectomie totale l'hystérectomie sus-vaginale ou subtotale, pour employer l'heureuse expression de LONGUET, et laissent le col utérin.

Cette méthode fait de jour en jour de nouveaux adeptes. Elle présente en effet sur l'hystérectomie totale plusieurs avantages, d'ailleurs d'inégale importance.

Et d'abord elle dispense d'ouvrir le vagin, qui malgré les

lavages les plus consciencieux, n'est jamais stérile et constitue une source d'infection possible ; elle est en outre plus facile, car il est incontestablement plus aisé de couper transversalement le col que de désinsérer le vagin ; l'hémostase qu'elle nécessite est plus simple et plus rapide ; enfin, en raison même de ces diverses particularités, peut-être est-elle moins grave.

A ces diverses affirmations les partisans de l'hystérectomie totale répondent par des objections assez sérieuses.

L'ouverture du vagin, disent-ils, loin d'être dangereuse et de constituer une source d'infection, est au contraire favorable, parce qu'elle permet d'établir au fond du bassin un drainage parfait, infiniment supérieur au drainage abdominal.

L'hystérectomie supra-vaginale n'est pas, d'autre part, sensiblement plus facile que l'hystérectomie totale, au moins lorsqu'on fait celle-ci par section médiane. La seule difficulté spéciale à l'hystérectomie totale est la recherche et l'ouverture du vagin, difficulté qui est absolument supprimée par l'hémisection qui y conduit à coup sûr. Il se peut que dans certains cas, lorsque le col utérin hémisectionné est très difficile à attirer vers le haut à cause des adhérences et de l'immobilité de l'utérus, on rencontre dans la désinsertion du vagin de véritables difficultés. Il est certain que, dans ces circonstances, on pourra plus facilement sectionner l'utérus au-dessus du col, mais ces cas sont exceptionnels, et il est tout aussi commun de trouver dans l'hystérectomie sus-vaginale des difficultés appréciables au moment où on sectionne transversalement le col, alors qu'aucun point de repère précis ne vient guider le chirurgien.

Quant à être moins grave, ajoutent les fervents de l'hystérectomie totale, c'est là une question qu'il est à peu près impossible de résoudre, comme toutes les questions du même ordre. Je crois, pour ma part, les deux opérations de gravité sensiblement égale, et si la statistique funèbre de l'hystérectomie subtotale est peut-être moins chargée, au moins dans les cas publiés, peut-être la raison en est-elle tout simplement dans ce que l'hystérectomie subtotale est appliquée en général

à des cas plus simples et par conséquent moins graves par eux-mêmes, alors que, bien souvent, les cas très difficiles et très compliqués sont traités par l'hystérectomie totale. Fréquemment, en effet, quand les lésions sont très complexes et lorsqu'il est très difficile de se reconnaître, on va, par un procédé quelconque, ouvrir le vagin, qui est toujours un point de repère précieux, et on enlève alors l'utérus entier, si bien que, si l'hystérectomie totale donne une mortalité plus considérable, ce qui, je le répète, est loin d'être démontré, cela tient peut-être à ce que les cas les plus graves sont traités précisément par l'ablation totale.

D'autre part, dans beaucoup de statistiques d'hystérectomies totales, et je n'en veux pour preuve que celle de Terrier au Congrès de 1898, on fait rentrer les hystérectomies pour cancer de l'utérus, beaucoup plus graves, elles aussi, non parce que l'hystérectomie est totale, mais parce qu'il s'agit de cancéreuses, peu résistantes et dont le foyer morbide ne peut être désinfecté.

Mais il est un point sur lequel la discussion est impossible et où l'hystérectomie subtotale présente une réelle supériorité sur l'hystérectomie totale. C'est dans la facilité de l'hémostase. Dans l'hystérectomie totale la section de la tranche vaginale donne sinon beaucoup de sang, du moins du sang par plusieurs artérioles qui nécessitent chacune une ligature et sont souvent assez difficiles à pincer. Dans l'hystérectomie subtotale, la section porte au-dessus de ces branches vaginales et intéresse uniquement le tronc de l'utérine qui remonte le long du bord de l'utérus. Il suffit en général d'une ligature de chaque côté. L'hémostase est donc plus simple, l'opération plus rapide, les chances de suintement consécutif moins grandes. Ce sont là des avantages incontestables.

Enfin, dans cette opération, le fond du vagin reste constitué par le col, et bien que l'importance de ce détail ait peut-être été exagérée, il est évident qu'il est meilleur pour une femme d'avoir au fond du vagin un col utérin normal, au lieu d'une cicatrice qui peut être fragile ou douloureuse.

Quoi qu'il en soit, et sans attribuer plus de valeur qu'il ne

convient à certains des arguments élevés contre l'hystérectomie totale en faveur de sa rivale, l'hystérectomie subtotale, il n'en est pas moins certain que celle-ci réalise plus parfaitement le type de l'opération aseptique, qu'elle laisse au fond du vagin sa disposition naturelle et qu'en facilitant l'hémostase elle rend l'opération plus rapide. Cela suffit à mon avis pour la faire préférer au moins dans le plus grand nombre des cas [1].

Je n'insisterai pas longuement sur la technique de cette opération qui se rapproche beaucoup de celle que j'ai décrite plus haut pour l'hystérectomie totale.

Mais tout ce qui, dans la discussion des procédés opératoires de l'hystérectomie totale, s'appliquait à l'*insertion vaginale* du col, s'applique ici au *col* lui-même. C'est le col et non plus le vagin qui constitue l'obstacle principal qu'il faut vaincre si l'on veut enlever au bloc utéro-annexiel son principal moyen d'union.

Au lieu de désinsérer le vagin, il faut donc trancher le col, ce qui est, en général, une besogne plus facile.

Mais il est de toute évidence que les procédés qui nécessitent l'ouverture du vagin et la désinsertion de ses attaches cervicales ne sont plus applicables ici dans leur intégralité et demandent à être modifiés. Le procédé de Doyen en particulier, dont toute l'originalité consiste dans la désinsertion première du vagin, ne peut pas être employé ici, non plus que le procédé de Hartmann, qui lui ressemble d'ailleurs beaucoup. J'en dirai autant des procédés de Richelot et de Jonnesco, qu'il faut modifier en sectionnant le col au niveau de l'isthme utérin.

Si l'on veut modifier ces divers procédés, je crois qu'il est avantageux de se débarrasser d'abord des attaches inférieures de l'utérus, en sectionnant avant tout le col, soit par derrière, ce qui est en général très difficile, à cause de l'encombrement du cul-de-sac de Douglas, soit plutôt par devant, après ouverture du cul-de-sac péritonéal vésico-utérin. Lorsque le col est sectionné, comme l'est le vagin dans les procédés d'hystérectomie totale, on se trouve dans de bonnes conditions pour enlever

[1] Voir le rapport de Ricard. *Congrès de chir.*, 1899.

les annexes de bas en haut, point capital, comme je l'ai dit et redit plus haut. On fait en somme ici une hystérectomie subtotale *par section première du col*, analogue à celle que j'ai conseillé d'exécuter dans les cas de fibromes (fig. 136, 137, 138)[1].

Le procédé de Delagenière, modifié par Terrier qui a systématiquement remplacé l'extirpation totale de Delagenière par une amputation supra-vaginale, permet de sectionner l'utérus au niveau de l'isthme après avoir enlevé les annexes. Mais ce procédé conserve ici l'infériorité que j'ai signalée plus haut; il nécessite l'ablation préalable des annexes et leur décortication de haut en bas, ce qui ne permet pas de profiter des facilités que donne leur attaque de bas en haut après extirpation de l'utérus et désencombrement de la cavité pelvienne.

Terrier, qui, au début employait le procédé de Delagénière qu'il avait modifié en sectionnant le col au lieu de l'enlever, a peu à peu changé sa manière de faire et aujourd'hui il a adopté le procédé suivant, parfaitement décrit dans la thèse toute récente de son élève Delage[2].

Procédé de Terrier. — Attirant l'utérus vers l'ombilic avec une bonne pince, Terrier commence par l'isoler en le séparant des annexes. A cet effet l'insertion du ligament large sur l'utérus est coupée entre deux pinces dont l'une saisit le ligament large au ras du bord même de l'utérus et l'autre un peu en dehors (fig. 131). Lorsque l'utérus est isolé des annexes, des deux côtés (fig. 132), Terrier taille sur la partie antérieure de l'utérus, au niveau du cul-de-sac vésico-utérin, un lambeau péritonéal qui sera ultérieurement destiné à recouvrir le moignon. Puis il saisit les artères utérines, au point où elles vont aborder le col avec de bonnes pinces de Kocher et tranche le col au niveau de l'isthme (fig. 133). L'utérus enlevé, le champ est libre au milieu du bassin, les annexes sont abor-

[1] J.-L. Faure. L'hystérectomie subtotale par section première du col. *Bulletin médical*, nov. 1899.

[2] Delage. L'hystérectomie abdominale dans le traitement des lésions inflammatoires des annexes de l'utérus. Th. Paris, 1901, n° 418, p. 108.

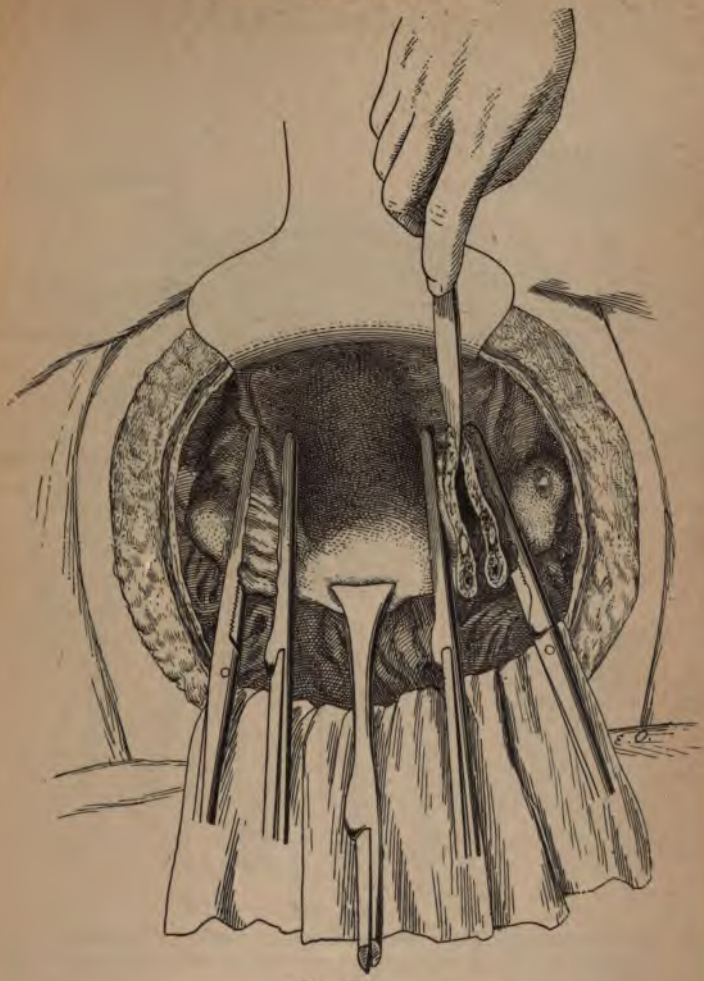


Fig. 131.

Procédé de TERRIER.

L'utérus est attiré vers l'ombilic. L'insertion utérine du ligament large est saisie entre deux pinces et sectionnée (thèse DELAGE).

dées par-dessous et décollées de bas en haut (fig. 134). La cavité

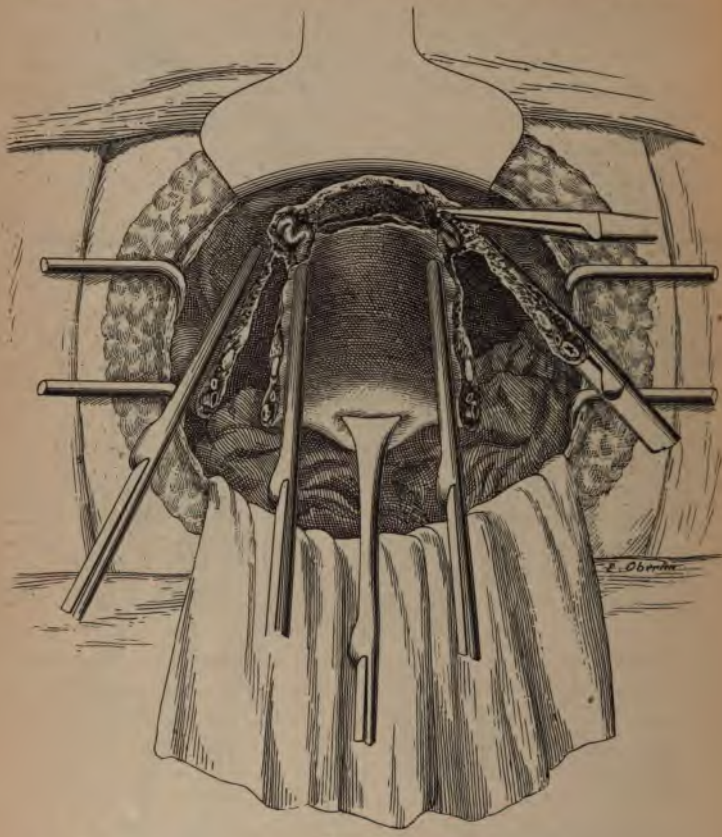


Fig. 132.

L'utérus est séparé des annexes des deux côtés. Le lambeau péritonéal antérieur est disséqué, l'artère utérine droite est pincée (thèse DELAGE).

cervicale a déjà été touchée au thermocautère, le moignon

là des tours de force que ses qualités personnelles et la merveilleuse organisation de son service l'autorisent à tenter et lui permettent de réussir. Mais quelque impressionnante que soit l'opinion d'un chirurgien de cette envergure, je ne puis parvenir à la partager, et pour résumer en quelques mots mon opinion formelle sur les indications respectives de la voie abdominale et de la voie vaginale dans les suppurations annexielles, je dirai simplement en manière de conclusion : Les annexites chroniques, bilatérales, froides, en dehors des poussées aiguës, sont toutes, sans exception, justiciables de l'hystérectomie abdominale. L'hystérectomie vaginale, au contraire, sera réservée aux suppurations virulentes, aiguës, menaçantes, à foyers multiples, à tendance envahissante et qu'une simple colpotomie paraît devoir être impuissante à guérir.

OPÉRATIONS CONSERVATRICES

Lorsque les trompes et les ovaires sont malades, infectés, douloureux, il ne faut pas hésiter à les enlever. Mais il est bien certain que souvent, entraînés par la bénignité de ces opérations et par les bons résultats qu'on en obtient généralement, les chirurgiens se sont laissé aller à les sacrifier avec un peu trop de facilité.

Il n'est pas, en effet, tout à fait indifférent d'enlever la totalité des annexes ou d'en laisser une partie et il semble certain que les femmes qui ont conservé un ovaire, ou même un fragment de cet organe, présentent moins de troubles éloignés que celles qui ont tout perdu. Elles peuvent, en particulier, voir persister la menstruation, et ce n'est pas là une considération négligeable.

Aussi, depuis un certain nombre d'années, de nombreux chirurgiens ont-ils une tendance fort louable à conserver ce qui, au cours d'une laparotomie, paraît pouvoir être conservé. Schroeder et Martin, en Allemagne, entrèrent les premiers dans cette voie et des malades chez lesquelles ils avaient pratiqué des opérations conservatrices, purent guérir de leurs trou-

sont liés et le péritoine pelvien fermé par un surjet extrêmement soigné.

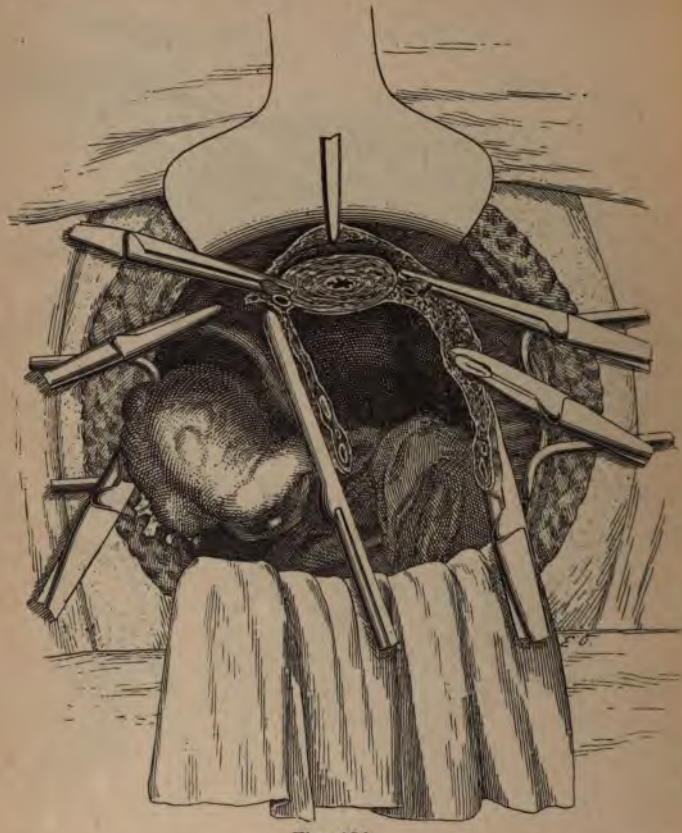


Fig. 134.

Les annexes droites ont été enlevées de bas en haut. L'artère utérine, le ligament rond, l'artère utéro-ovarienne sont pincées (thèse DELAGE).

Ce procédé est excellent. Il n'en saurait être autrement

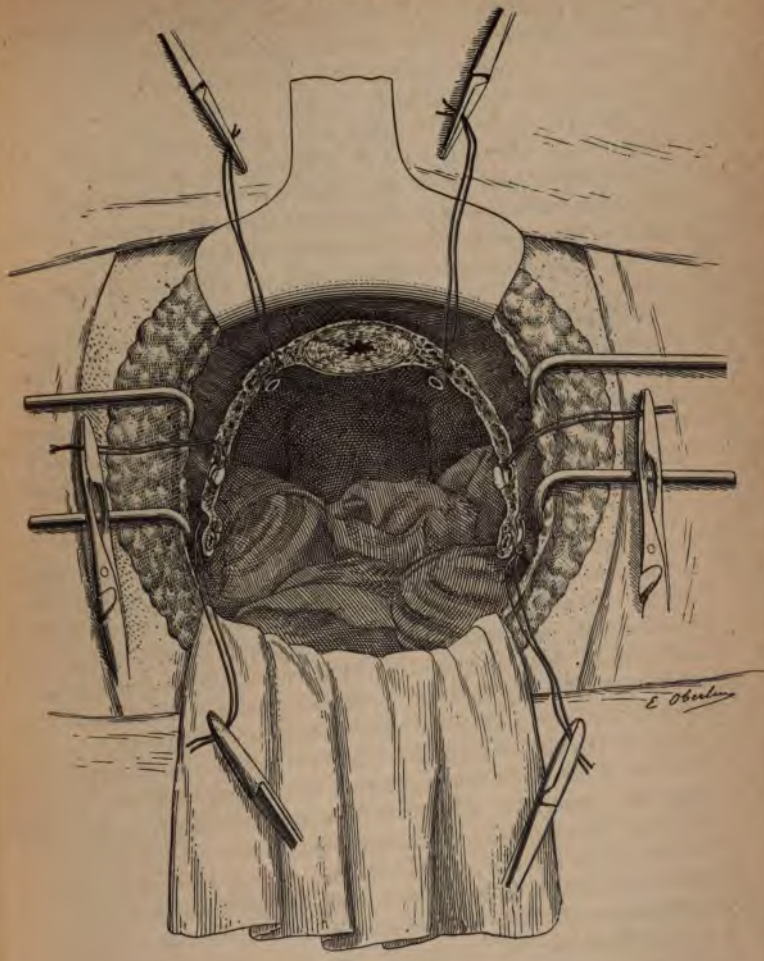


Fig. 135.

Les ligatures sont faites. L'opération sera terminée par un surjet sur le col, et un surjet sur le péritoine (thèse DELAGE).

puisqu'il permet, après enlèvement de l'utérus, d'aborder les annexes de bas en haut, des deux côtés. Mais dans les cas compliqués, lorsque les annexes adhérentes et volumineuses sont collées contre l'utérus, il peut être très difficile de les en séparer et de sectionner le ligament large le long du bord utérin. Quand le fond de l'utérus seul est visible et que le petit bassin tout entier est rempli par un bloc d'adhérences, cette manœuvre peut devenir presque impossible, et c'est pourquoi, dans ces cas épineux, ce procédé est, à mon avis, inférieur à celui de l'hémisection, dans lequel ces difficultés n'existent jamais.

Quoi qu'il en soit, dans les cas ordinaires, il est excellent. Il suffit, pour s'en rendre compte, de voir le parti qu'en tire Terrier, qui l'emploie méthodiquement et systématiquement; mais je n'en suis pas moins convaincu que le même maître obtiendrait des résultats identiques et avec plus de facilités encore en employant le procédé d'hémisection qui me paraît anatomiquement supérieur.

Hystérectomie subtotale par section première du col. — C'est là un procédé que j'ai décrit récemment [1] et qui, dans certains cas, et en particulier dans les fibromes, me paraît devoir être recommandé par son élégance et sa rapidité. Il permet, après avoir, avant tout, sectionné le col utérin, d'enlever l'utérus et les annexes de bas en haut, avec une grande facilité, pourvu toutefois qu'il n'y ait pas d'adhérences trop étendues.

Quand le cul-de-sac de Douglas est libre, on saisit le fond de l'utérus avec une bonne pince et on l'amène en avant, derrière le symphyse, de façon à bien exposer sa partie postérieure et le cul-de-sac de Douglas. On reconnaît alors le col utérin, facile à sentir, grâce à sa consistance, au-dessus de la paroi postérieure du vagin, puis avec de gros ciseaux courbes, on l'attaque directement par derrière, au niveau de l'isthme, et on le sectionne en travers (fig. 136). On saisit alors la surface

[1] J.-L. Faure. L'hystérectomie subtotale par section première du col. Clinique de la Charité. *Bullet. médical*, 7 nov. 1900.

de section supérieure, et on l'attire en haut. Puis on introduit d'arrière en avant, les doigts entre les deux surfaces de section

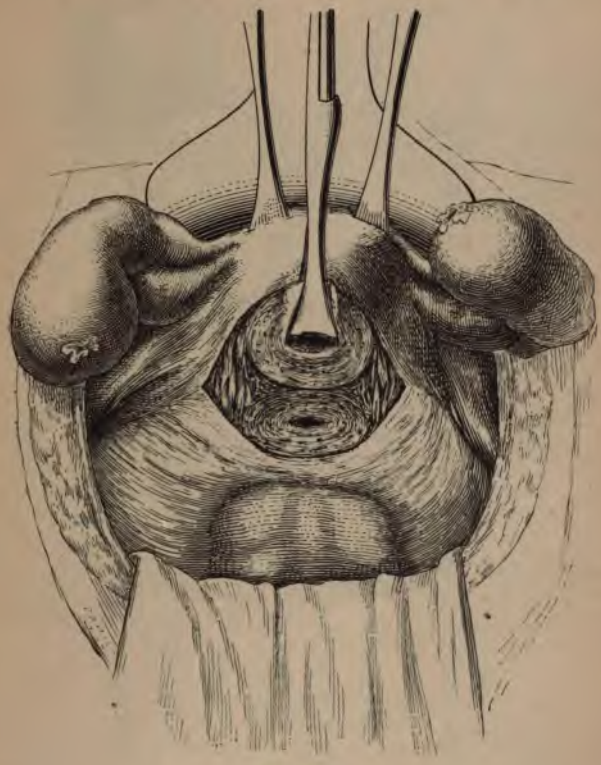


Fig. 136.

Hystérectomie subtotale par section première du col (J.-L. Faure).

L'utérus étant attiré en avant, le col a été incisé transversalement. La tranche utérine est attirée en haut.

du col et du corps utérins, on sépare celui-ci de la vessie et on décolle de bas en haut les annexes du côté qui paraît le

plus facile à séparer des parties voisines. On pince successi-

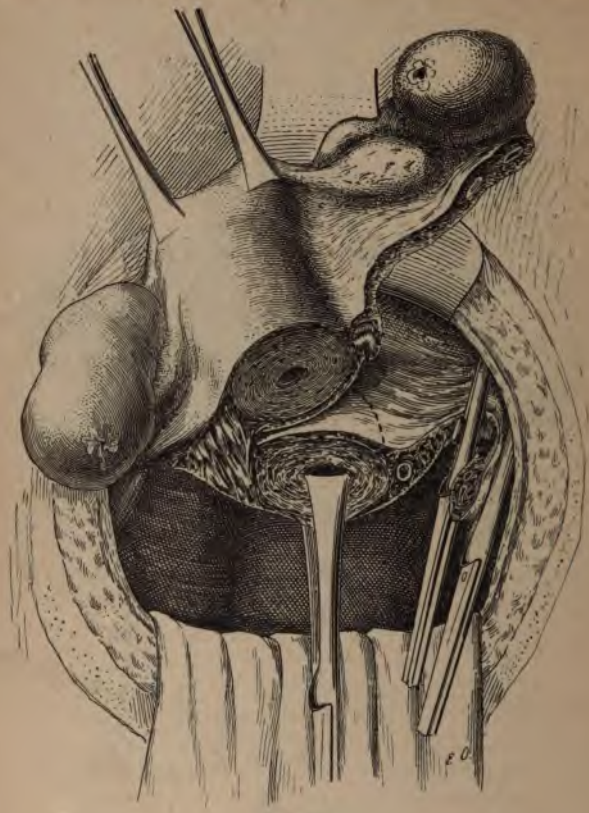


Fig. 137.

Les annexes droites ont décollées de bas en haut. L'utérine droite est liée, le ligament rond et le pédicule utéro-ovarien sont pincés. L'utérus bascule à gauche et les annexes vont se décoller de bas en haut.

vement, avant ou après leur section, l'utérine, le ligament

rond, et l'artère utéro-ovarienne (fig. 137). Puis un des côtés, le droit par exemple, étant ainsi libéré, on bascule l'utérus à gauche et on termine comme dans les autres procédés.

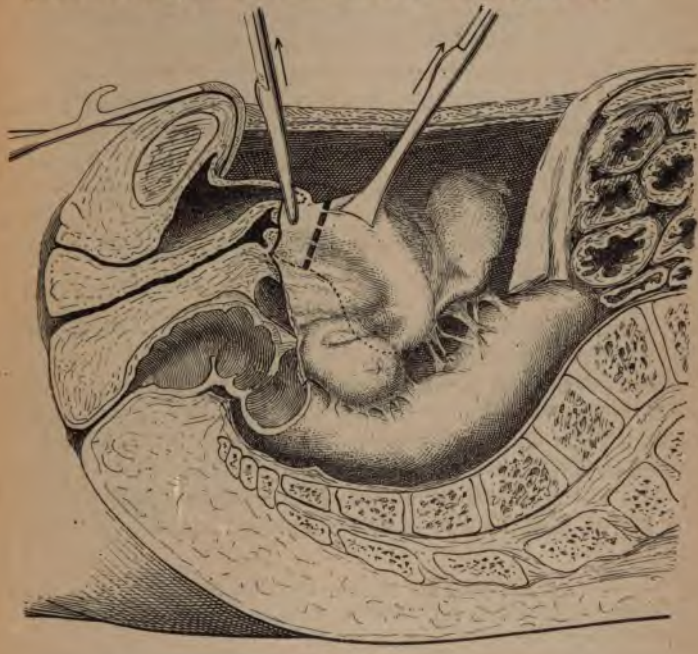


Fig. 138.

Hystérectomie subtotale par section première du col.

Des adhérences très serrées empêchent d'amener le fond de l'utérus. Le col est saisi avec une pince, la section portera sur la ligne à traits interrompus et l'utérus et les annexes seront décollés de bas en haut.

Cette manière de faire, parfaite lorsqu'il s'agit d'un fibrome et que le Douglas est libre, devient difficile et même inpraticable, lorsqu'il est comblé par les annexes malades et encombré d'adhérences, comme il arrive en général dans les annexites. On peut alors changer son plan de bataille, et attaquer le col

par devant (fig. 138). Le col étant sectionné, les annexes seront encore décollées de bas en haut.

Dans des cas particulièrement difficiles, et dans lesquels l'utérus, en rétroversion, est recouvert sur sa face antérieure par des adhérences intestinales, qui empêchent d'en trouver le fond, KELLY a donné le conseil de repousser le col en haut et en avant derrière le pubis, par une pince vaginale, puis de couper transversalement le col au-dessus de la vessie, et enfin de couper l'utérus en deux sur la ligne médiane, de bas en haut, du col vers le fond, de façon à pouvoir l'extraire et à pouvoir ensuite attaquer les annexes de bas en haut. C'est une combinaison très ingénieuse de la section première du col et de l'hémisection utérine [1].

PROCÉDÉ DE KELLY. — Le procédé américain type déjà décrit avec la légère modification que lui a apporté SEGOND (p. 248), l'hystérectomie par *incision continue transverse*, pour employer le nom que lui a donné son créateur, est une hystérectomie subtotale, et KELLY, au moment où il arrive dans la base du ligament large, au-dessus de l'utérine, tranche le col et renverse l'utérus en emportant avec lui les annexes qu'il décolle de bas en haut (fig. 139 et 140). Ce procédé qui est excellent

[1] HOWARD. A. KELLY, Some further notes on the extension of the principle of bisection inabdominal surgery. *Saint-Paul médical journal*, juin 1901.

L'article dans lequel j'exposais les avantages et la technique de l'hystérectomie par section première du col, et dans lequel je ne m'occupais que des fibromes, est du 7 novembre 1900.

Or, dès le mois de mars de la même année (*John Hopkins Hospital Bulletin*, mars 1900), Kelly avait publié avec de très belles figures à l'appui, l'observation d'un fibrome dont le pôle supérieur adhérait aux intestins, et qu'il enleva, ne pouvant l'isoler vers le haut, en commençant par sectionner transversalement le col. La tumeur fut ensuite isolée de bas en haut, ce qui facilita singulièrement une opération très difficile.

Je ne connaissais pas cette observation lorsque j'ai fait ma première opération et publié mon article. Il n'en est pas moins évident que, dans cette opération, la priorité appartient à KELLY.

Cependant je ne crois manquer ni à la vérité ni à la justice, en

et qui permet d'enlever les annexes avec beaucoup de facilité, après la bascule de l'utérus, présente dans la première moitié de son exécution, ainsi que je l'ai dit plus haut (voy. p. 250), les difficultés inhérentes à l'attaque des annexes de haut en bas.

Procédé de J.-L. Faure. — Ici encore l'*hémisection utérine*, comme dans l'hystérectomie totale, représente le procédé idéal. Il s'exécute exactement comme dans l'ablation totale, avec cette différence qu'il est inutile de sectionner dans un premier temps le péritoine du cul-de-sac vésico-utérin. Arrivé au-dessus du col, au niveau de l'isthme, ce dont on se rend facilement compte, on tranche chaque moitié utérine d'un coup de ciseaux donné transversalement de la cavité vers le bord (fig. 141). Rien n'est plus simple alors que de renverser le moignon utérin ainsi séparé du col et de profiter de l'espace qu'il laisse libre pour décortiquer les annexes correspondantes en les abordant par dessous. De sorte que, si l'hémisection utérine facilite énormément l'hystérectomie abdominale totale, on peut dire qu'elle ne facilite pas moins l'hystérectomie subtotale, et qu'elle constitue également pour cette opération, au moins dans les cas difficiles, le procédé de choix.

disant que lorsqu'il a exécuté cette opération, le chirurgien de Baltimore obéissait à l'inspiration que lui dictait la nécessité de mener à bien une opération difficile. Mais il ne songeait pas à ériger cette section première du col en méthode générale comme elle le mérite, et comme c'était mon intention personnelle.

De même, dans l'article plus récent encore (juin 1901), dans lequel Kelly conseille, dans certaines annexites englobant complètement l'utérus, de couper d'abord transversalement le col utérin pour pouvoir ensuite diviser l'utérus de bas en haut sur la ligne médiane et pratiquer en fin de compte une hémisection complète, il a exclusivement en vue, ainsi qu'en fait foi le titre de sa communication, d'étendre les indications et de perfectionner la technique de l'hémisection utérine, et ne s'occupe pas des avantages que l'on peut retirer de la section première du col dans d'autres circonstances.

Je n'en suis pas moins heureux de m'être rencontré sur ce point avec le maître américain, comme il s'est rencontré lui-même avec moi dans la question de l'hémisection utérine.

Je ne saurais mieux faire pour ne pas répéter tout ce que j'ai dit plus haut que d'y renvoyer le lecteur, ou mieux encore

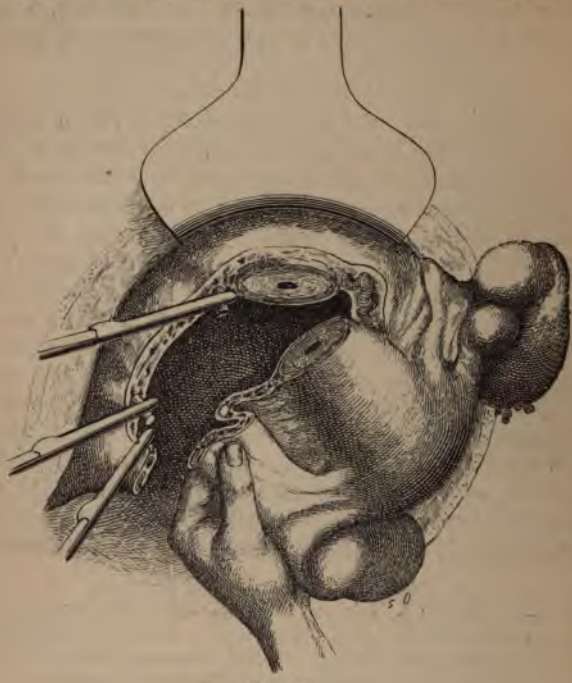


Fig. 139.

Procédé de KELLY.

Le ligament large gauche a été coupé de haut en bas, l'artère utérine est pincée, le col sectionné et l'artère utérine droite prête à être saisie. L'utérus commence son mouvement de bascule.

de le renvoyer à l'article [1] de KELLY lui-même que j'ai cru devoir traduire comme le plaidoyer le plus éloquent qui ait jamais été fait en faveur de l'hémisection. Il ne parle guère d'ailleurs

[1] HOWARD A. KELLY. Traduit par J.-L. FAURE, *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, mars-avril 1901.

que de l'hystérectomie subtotale, qu'il pratique presque exclu-

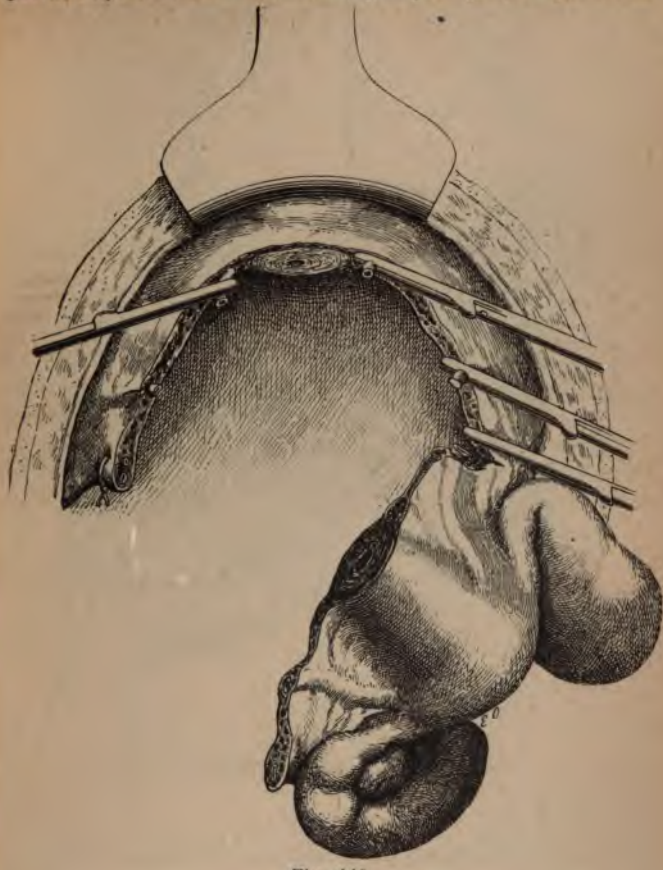


Fig. 140.

Procédé de KELLY.

Les annexes droites ont été détachées de bas en haut, les divers pédicules vasculaires sont pincés, la masse utéro-annexielle a basculé complètement et ne tient plus que par quelques tractus. L'*incision continue transverse* est complète.

sivement, comme je tends moi-même de plus en plus à le faire.

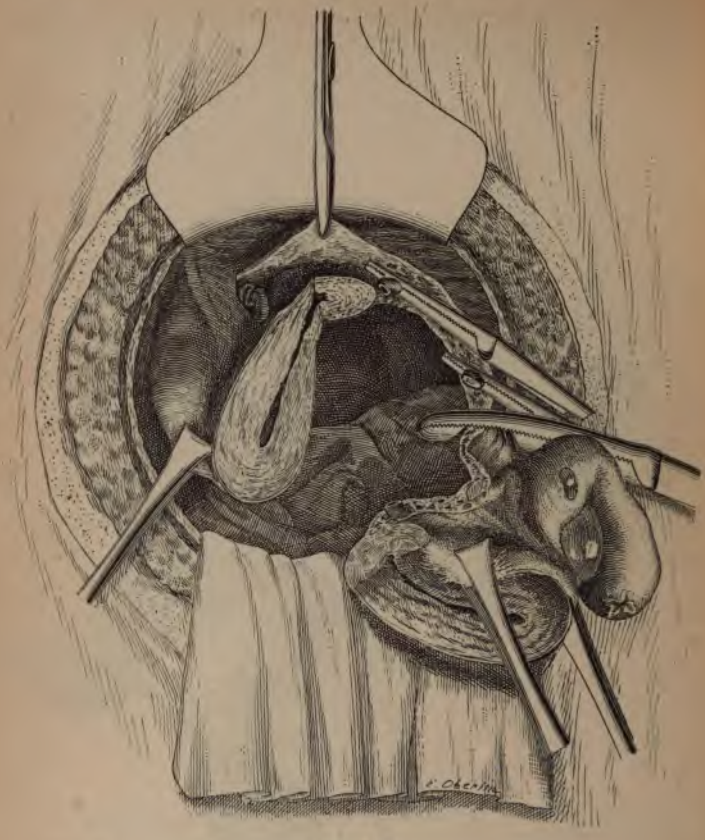


Fig. 141.

L'hystérectomie subtotale par hémisection. (Procédé de J.-L. Faure.)

La moitié de l'utérus a été sectionnée au niveau de l'isthme. Elle bascule, se renverse et les annexes sont détachées de bas en haut. Les pédicules utérin et funiculaire sont pincés et coupés, le pédicule utéro-ovarien saisi par une pince, va être tranché. Une manœuvre identique sera répétée à droite.

Il va sans dire que, lorsqu'on laisse le col utérin, on doit prendre la précaution de cautériser énergiquement la cavité

cervicale au thermocautère et de détruire la muqueuse en stérilisant ainsi le moignon qu'on abandonne au fond du bassin et

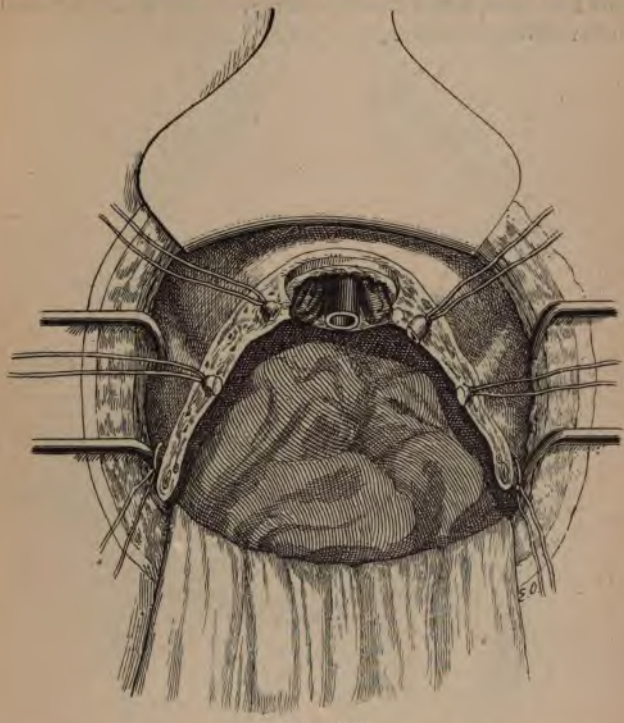


Fig. 142.

Drainage vaginal, après l'hystérectomie totale. Un drain et deux mèches apparaissent à la partie supérieure du vagin. Les surfaces dénudées vont être fermées par un surjet au catgut.

sur lequel, lorsqu'on ne draine pas par en bas, il est bon de mettre un surjet qui ferme le vagin.

Le drainage, si l'on croit devoir y recourir, se fera, suivant les circonstances, soit par l'abdomen, soit par le vagin. Dans ce cas, il suffit d'inciser sur la ligne médiane le moignon du col

sont liés et le péritoine pelvien fermé par un surjet extrêmement soigné.

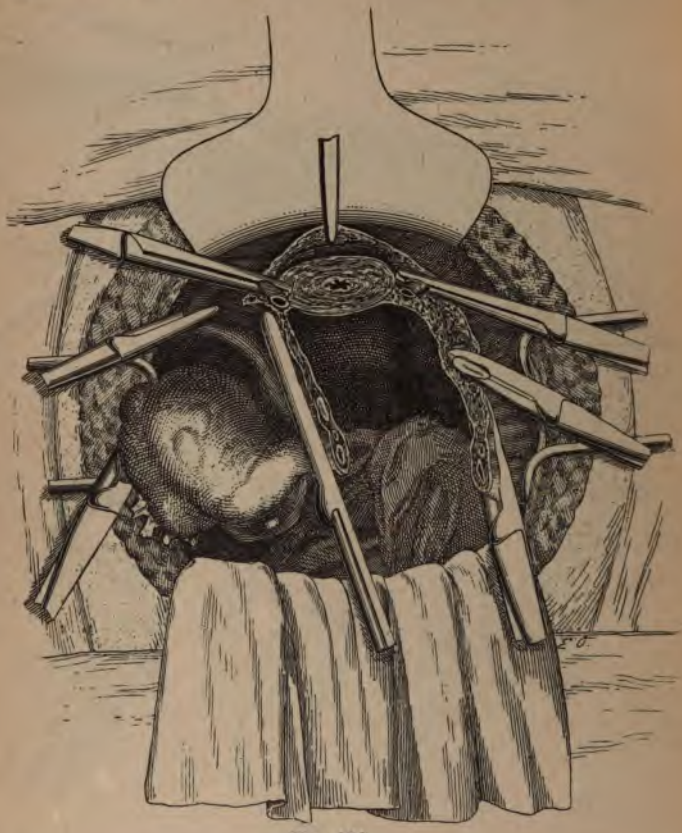


Fig. 134.

Les annexes droites ont été enlevées de bas en haut. L'artère utérine, le ligament rond, l'artère utéro-ovarienne sont pincées (thèse DELAGE).

Ce procédé est excellent. Il n'en saurait être autrement

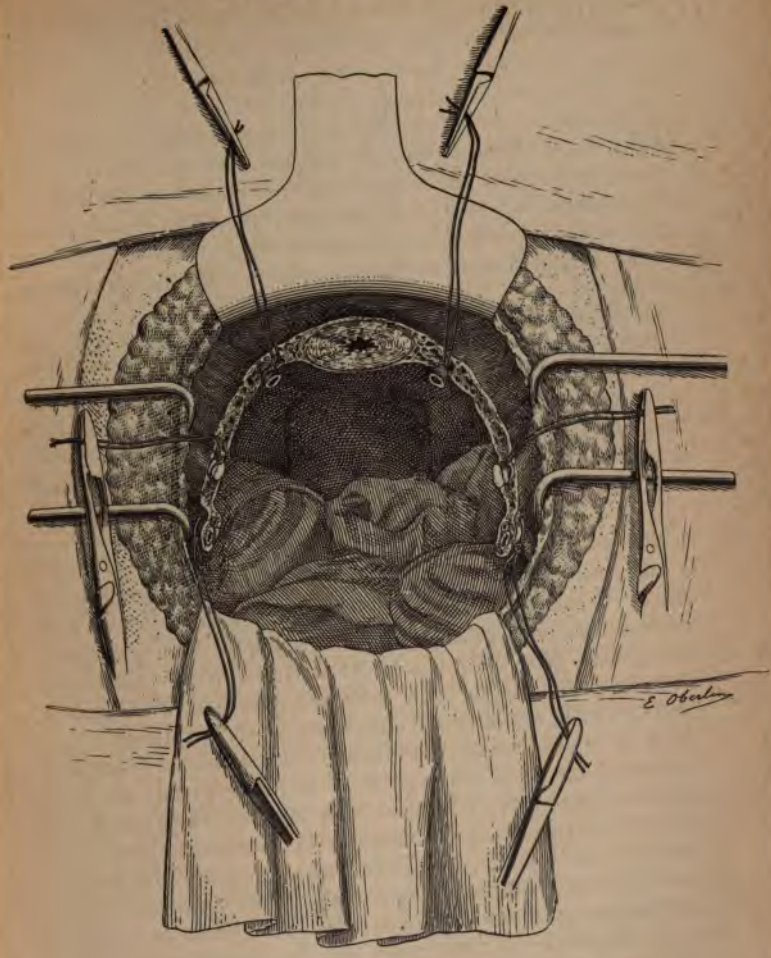


Fig. 135.

Les ligatures sont faites. L'opération sera terminée par un surjet sur le col, et un surjet sur le péritoine (thèse DELAGE).

Dans les cas favorables, après la suture du péritoine pelvien, la séreuse vésicale vient au contact du péritoine qui recouvre le rectum : la plaie où se trouvaient l'utérus et les annexes a pour ainsi dire disparu et la cavité pelvienne a pris l'aspect d'un bassin d'homme (fig. 144).

PARALLÈLE ENTRE L'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE ET L'HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE

Et maintenant que nous connaissons dans tous leurs détails les divers procédés opératoires qui permettent d'enlever l'utérus et les annexes soit par la voie vaginale, soit par la voie abdominale, il reste à établir quelles sont les indications de l'une et de l'autre. Il y a peu d'années encore la question était des plus confuses ; elle me paraît aujourd'hui des plus claires.

Et d'abord, il est certain que les indications de l'hystérectomie vaginale se restreignent de plus en plus, à mesure que s'étendent celles de l'hystérectomie abdominale. A gravité égale, et je crois qu'elle ne diffère pas sensiblement et que, tout compte fait, la mortalité actuelle de l'une et de l'autre opération oscille autour de 5 p. 100, à gravité égale, dis-je, il est évident que la voie abdominale est supérieure à la voie vaginale. Elle a contre elle, il est vrai, la cicatrice qu'elle nécessite, et la possibilité d'une éventration consécutive, mais elle n'a pas d'autres inconvénients.

Encore ne faut-il pas en exagérer l'importance. Les éventrations consécutives sont assez faciles à éviter par une bonne suture de la paroi et, lorsqu'elles existent, elles sont plus gênantes que graves. Encore sont-elles d'ailleurs presque toujours curables. Quant à la cicatrice, s'il est quelques femmes pour lesquelles elle constitue une tare difficilement acceptable, la plupart s'en préoccupent moins, et l'acceptent même avec joie, lorsque l'opération qui la provoque apporte avec elle la guérison de longues souffrances.

En revanche, la voie abdominale présente de nombreux

avantages qui lui donnent sur sa rivale une incontestable supériorité.

Elle est plus facile, beaucoup plus facile même pourrait-on dire, car elle ne présente pour ainsi dire jamais les terribles difficultés que l'on rencontre parfois dans l'hystérectomie vaginale ; elle est moins aveugle, et surtout elle permet de se rendre un compte exact des lésions annexielles et de proportionner son intervention à l'importance de ces lésions.

L'hystérectomie vaginale est, en effet, souvent excessive. Elle détermine d'emblée des lésions irréparables, et bien souvent c'est seulement après l'extirpation de l'utérus que le chirurgien s'aperçoit que les annexes d'un côté, qu'il croyait malades, ne l'étaient pas en réalité, et que la salpingo-ovarite était unilatérale. D'autre part, on sait combien il est fréquent, dans des lésions annexielles avérées, de ne pouvoir, par le vagin, extirper la trompe ou l'ovaire malades retenus dans la cavité pelvienne par des adhérences invincibles.

L'hystérectomie vaginale est donc parfois excessive, et parfois insuffisante. Je sais bien que les accidents principaux des salpingo-ovarites cèdent souvent à l'extirpation vaginale de l'utérus seul. Il n'en est pas moins vrai que la guérison est plus parfaite et plus radicale lorsque les annexes ont été enlevées, et il est incontestable que l'hystérectomie abdominale permet, même dans les cas les plus difficiles et les plus compliqués, de nettoyer un petit bassin plus parfaitement que l'hystérectomie vaginale la mieux conduite.

Voilà donc une raison capitale, un argument que rien ne peut détruire et qui consacre d'une façon souveraine la supériorité de la voie haute : la laparotomie permet d'explorer le bassin, de se rendre un compte exact des lésions, de rectifier son diagnostic et de s'arrêter au besoin, de faire des opérations conservatrices, si l'on juge inutile une mutilation quelconque, de se borner à l'extirpation des annexes d'un seul côté lorsque les lésions sont unilatérales, et enfin, dans les cas de lésions bilatérales adhérentes et compliquées, de faire une opération plus complète, et, en somme, plus satisfaisante.

Faut-il donc rejeter définitivement l'hystérectomie vaginale,

triomphante encore il y a quelques années à peine ? Je ne le crois pas. J'ai dit, au Congrès d'Amsterdam[1], ma façon de penser sur ce point, et Roger[2], dans une thèse très complète, où la question est étudiée dans tous les détails, s'est rallié à ma manière de voir.

Pour moi ce n'est ni la complexité plus ou moins grande des lésions, ni leur volume, ni les adhérences avec les organes voisins qui doivent entrer en ligne de compte dans le choix de l'opération. C'est, avant tout, le degré de leur infection et de leur virulence.

Je crois que, lorsqu'on se trouve en présence de lésions annexielles chaudes, aiguës, virulentes, de poches multiples entourant de toutes parts l'utérus, comme il n'est pas rare d'en rencontrer à la suite d'accidents puerpéraux, lorsque l'état est grave, la température élevée, lors enfin que la malade est en proie à une infection aiguë et virulente qui, soit à cause du nombre des poches purulentes, soit à cause de leur situation inaccessible, ne paraît pas justiciable de la simple colpotomie, je crois, dis-je, qu'il faut sans hésiter pratiquer l'hystérectomie vaginale, qui est sans rivale pour ouvrir au pus une large issue au dehors. Elle donne dans ces cas des guérisons miraculeuses. Elle provoque de véritables résurrections, et je suis certain qu'elle est seule à pouvoir enregistrer de tels triomphes. Je suis convaincu que, dans ces conditions, une laparotomie, qui s'accompagnerait fatalement de déchirures de poches récentes et fragiles, d'inondation purulente du petit bassin et de souillure de la cavité abdominale, aurait, malgré la protection la plus soigneuse des anses intestinales, beaucoup plus de chances d'être suivie à bref délai d'une infection péritonéale mortelle.

Je sais bien que tout le monde ne partage pas cette conviction, et que Terrier, notre maître à tous, rejette complètement l'hystérectomie vaginale et se prononce d'une façon exclusive pour l'hystérectomie abdominale. Il en a le droit, et ce sont

[1] J.-L. Faure. Congrès d'Amsterdam, 1899.

[2] Roger. *Loc. cit.*, th. 1899.

là des tours de force que ses qualités personnelles et la merveilleuse organisation de son service l'autorisent à tenter et lui permettent de réussir. Mais quelque impressionnante que soit l'opinion d'un chirurgien de cette envergure, je ne puis parvenir à la partager, et pour résumer en quelques mots mon opinion formelle sur les indications respectives de la voie abdominale et de la voie vaginale dans les suppurations annexielles, je dirai simplement en manière de conclusion : Les annexites chroniques, bilatérales, froides, en dehors des poussées aiguës, sont toutes, sans exception, justiciables de l'hystérectomie abdominale. L'hystérectomie vaginale, au contraire, sera réservée aux suppurations virulentes, aiguës, menaçantes, à foyers multiples, à tendance envahissante et qu'une simple colpotomie paraît devoir être impuissante à guérir.

OPÉRATIONS CONSERVATRICES

Lorsque les trompes et les ovaires sont malades, infectés, douloureux, il ne faut pas hésiter à les enlever. Mais il est bien certain que souvent, entraînés par la bénignité de ces opérations et par les bons résultats qu'on en obtient généralement, les chirurgiens se sont laissé aller à les sacrifier avec un peu trop de facilité.

Il n'est pas, en effet, tout à fait indifférent d'enlever la totalité des annexes ou d'en laisser une partie et il semble certain que les femmes qui ont conservé un ovaire, ou même un fragment de cet organe, présentent moins de troubles éloignés que celles qui ont tout perdu. Elles peuvent, en particulier, voir persister la menstruation, et ce n'est pas là une considération négligeable.

Aussi, depuis un certain nombre d'années, de nombreux chirurgiens ont-ils une tendance fort louable à conserver ce qui, au cours d'une laparotomie, paraît pouvoir être conservé. Schrœder et Martin, en Allemagne, entrèrent les premiers dans cette voie et des malades chez lesquelles ils avaient pratiqué des opérations conservatrices, purent guérir de leurs trou-

bles morbides et devenir ultérieurement enceintes. Skutsch et d'autres chirurgiens allemands, Mundé, Polk, Dudley, Kelly en Amérique, Pozzi, Delbet, Tuffier, Legueu et beaucoup d'autres en France, ont agi de même et se louent des résultats obtenus.

Cette méthode conservatrice rencontre en revanche d'ardents détracteurs. Routier, Segond et de nombreux chirurgiens pensent qu'en général il faut se méfier des résultats obtenus par la conservation, que ses avantages sont plus apparents que réels et que les quelques femmes qui peuvent bénéficier de la conservation d'une partie de leurs annexes sont beaucoup plus rares que celles chez lesquelles une conservation intempestive amène la persistance de troubles plus ou moins graves ou même provoque des complications sérieuses.

La vérité est, à mon avis, entre les deux. Il est certain que lorsque, au cours d'une opération, l'ovaire d'un côté, par exemple, apparaît absolument sain, il n'y a aucune raison pour l'enlever, et l'argument qui consiste à prétendre qu'il pourra ultérieurement devenir malade ne saurait être accepté. A plus forte raison si, avec un ovaire sain on trouve une trompe très légèrement atteinte, encore perméable et pouvant permettre une fécondation ultérieure. Il ne suffit pas de rencontrer une trompe un peu rouge pour avoir le droit de l'enlever; il ne suffit pas davantage de rencontrer sur un ovaire un ou deux de ces petits kystes qui ne sont quelquefois que des vésicules de de Graaf parfaitement normales, pour qu'il soit permis de le sacrifier, et il me semble que, dans ces conditions, les opérations conservatrices sont formellement indiquées.

D'autre part, dès qu'un ovaire ou une trompe paraissent sérieusement atteints, je me demande s'il est bien prudent de les conserver et de sacrifier à une grossesse hypothétique les chances d'une guérison plus parfaite. Il est évident que des règles absolues sont impossibles à formuler ici. Il faut apprécier individuellement chaque cas et la seule règle que l'on puisse donner me paraît être celle de conserver autant que possible les organes qui paraissent sains.

Quoi qu'il en soit, ces opérations sont assez nombreuses.

La *rupture des adhérences* préconisée surtout par Polk, peut être une bonne opération : Les cas ne sont pas rares dans lesquels on rencontre, fixant les annexes aux parties voisines, des adhérences plus ou moins épaisses. Les annexes sont ainsi maintenues dans une position vicieuse, plus ou moins tiraillées et comprimées. Ces adhérences sont quelquefois extrêmement fines, mais très résistantes, et j'en ai rencontrées qui recouvraient les annexes d'un véritable réseau à mailles serrées. Le doigt les déchire en général aisément, mais on peut être obligé de les couper avec des ciseaux. Ces adhérences, reliquats d'inflammations plus ou moins anciennes, peuvent emprisonner des annexes d'apparence à peu près saine et l'on comprend que la libération de ces annexes puisse être suivie d'un bon résultat.

Je n'ai pas grande confiance dans *l'expression et le cathétérisme de la trompe*, pratiqués par Polk et par Mundé. Il faut vraiment que les lésions soient bien légères pour que ce traitement puisse être de quelque utilité, et je me demande si, dans ces cas, il n'eût pas été plus sage de ne pas intervenir du tout.

Il n'en est pas de même de la *salpingostomie* qui a donné à Martin, à Pierre Delbet, à Legueu, de beaux succès. Clado a pratiqué également cette opération à laquelle il donne le nom plus compliqué de salpingo-ovaro-syndèse.

On comprend fort bien que lorsque la trompe et l'ovaire sont peu malades, mais que cependant la trompe est oblitérée, on puisse exciser en partie celle-ci, l'ouvrir longitudinalement en ourlant l'orifice ainsi créé et le fixant sur l'ovaire. Il y a ainsi accolement de l'ovaire et de la trompe à laquelle on a reconstitué un nouveau pavillon (fig. 146).

Delbet, Legueu, ont pratiqué cette opération et ont vu leurs malades accoucher ultérieurement. Ce sont là des résultats qu'on n'a pas le droit de négliger.

On peut également lorsque l'ovaire droit, par exemple, et la trompe gauche sont restés sains, enlever l'ovaire gauche et la

Anatomie pathologique. — Ces kystes, qui sont souvent bilatéraux, peuvent acquérir un volume énorme et remplir complètement l'abdomen en en distendant les parois, refou-

Fig. 153.

Cysto-papillome de l'ovaire, avec masses végétantes dans l'intérieur du kyste et à sa surface (KELLY).

lant le diaphragme et pénétrant pour ainsi dire dans le thorax. Le premier kyste que j'ai vu et qui fut enlevé par TERRILLON ne contenait pas moins de 32 litres de liquide. Ces dimensions qui peuvent être dépassées, sont, à vrai dire, exceptionnelles, surtout aujourd'hui où les gros kystes se font rares, à cause de la précocité de plus en plus grande de l'opération. On peut, il est vrai, au cours de laparotomies pour d'autres affections,

telle façon qu'il y ait des chances sérieuses pour que la fécondation puisse avoir lieu (fig. 147 et 148).

La *résection et l'ignipuncture* de l'ovaire, ont été faites très souvent. Pozzi s'est constitué en France le défenseur le plus convaincu de cette dernière opération que j'ai faite moi-même et dont j'ai obtenu de bons résultats.

Fig. 146.
Résection partielle de l'ovaire. Salpingorraphie. Ignipuncture (Pozzi).

Mais il me paraît incontestable qu'on ne peut l'appliquer qu'à des ovaires atteints de lésions très légères, et que bien souvent ces opérations ont été dirigées contre des ovaires scléro-kystiques, pour lesquels il eût peut-être mieux valu s'abstenir de toute opération. Cependant, lorsque après une laparotomie légitimée par des lésions graves d un côté, on rencontre du côté opposé un ovaire analogue à ceux dont je parle et qui semble pouvoir être conservé, je crois qu'il est tout indiqué, si quelques petits kystes apparaissent à sa surface, d'éteindre dans ces kystes la pointe du thermocautère.

Cette opération me paraît, en un mot, très recommandable, lorsque, le ventre ouvert, on ne trouve que des lésions légères soit d'un seul côté, soit des deux ; mais je pense qu'il serait excessif d'ouvrir le ventre d'une malade, de propos délibéré, si l'on suppose que les lésions sont assez légères pour ne pas justifier une opération plus radicale. On sait d'ailleurs combien le diagnostic exact des lésions est souvent délicat, et comment on peut être conduit par des symptômes douloureux et graves à

pratiquer une laparotomie qui montre des lésions moins accentuées qu'on ne l'aurait cru tout d'abord.

Quant à la *résection* de l'ovaire, elle doit être faite lorsqu'un morceau de l'ovaire absolument sain paraît devoir être conservé. On se borne alors à en exciser la partie malade (fig. 145).

Fig. 147.

Opérations conservatrices. La trompe droite et l'ovaire gauche sont malades (KELLY).

Si la trompe est encore saine, c'est la conduite qui doit être nécessairement tenue, une simple portion d'ovaire permettant la conception aussi bien que l'ovaire entier. C'est là une éventualité d'ailleurs assez rare. Mais si la trompe est malade et doit disparaître, je crois qu'il est plus prudent de ne pas conserver une fraction d'ovaire dont une partie est malade. Dans le cas de castration double, on devrait cependant, si une partie d'ovaire paraît absolument saine, faire ses efforts pour la conserver et ne pas priver la malade de l'action qu'exerce incontestablement sur l'économie la présence de cet organe.

Je crois donc, pour me résumer, que s'il ne faut pas hésiter à sacrifier les annexes dès qu'elles paraissent sérieusement atteintes, il ne faut pas davantage les sacrifier de parti pris, lorsqu'elles semblent pouvoir être conservées. Cette conservation devra surtout porter sur l'ovaire, et si, au cours d'une

Fig. 148.

Conservation de l'ovaire droit et de la trompe gauche (KELLY).

laparotomie, on rencontre un ovaire sain, on le conservera, même si l'on est conduit à sacrifier la trompe. La conservation de la trompe sans l'ovaire n'est au contraire d'aucune utilité et me paraît mauvaise. En revanche, dans quelques cas, la résection partielle de la trompe et de l'ovaire avec création d'un nouveau pavillon donnera d'heureux résultats.

En un mot, toute cette chirurgie conservatrice doit avant tout viser à respecter l'ovaire, dont nul ne songe plus à nier l'utilité au point de vue de la nutrition générale et qui, lorsqu'on conserve en même temps l'utérus, sauvegarde l'accomplissement régulier de la fonction menstruelle.

DE L'HYSTÉRECTOMIE
DANS L'INFECTION PUERPÉRALE

Bien que l'infection puerpérale ne puisse évidemment rentrer dans le cadre des maladies des annexes, je ne puis la passer complètement sous silence, parce que, dans certains cas, son traitement se confond avec celui des infections péri-utérines.

On sait, en effet, que depuis quelques années des tentatives ont été faites pour combattre cette affection par l'hystérectomie. Le thèse de WINTREBERT [1], et celles plus récente de BONAMY [2], de BENOIST [3] donnent sur ce point beaucoup de détails que je ne puis qu'effleurer ici.

Pour ma part, depuis 1897, je l'ai faite sept fois, et j'en puis ainsi parler, au moins sous certains rapports, en connaissance de cause.

Je ne crois pas qu'il y ait, au point de vue théorique, une seule objection à faire au traitement de l'infection puerpérale par l'hystérectomie. Il est évident que lorsque l'infection est généralisée, lorsqu'il y a des streptocoques dans le sang, le foie et les viscères, l'hystérectomie ne saurait être d'aucune utilité. Mais il n'en est pas de même au début du mal, lorsque l'infection partie de la muqueuse utérine gagne peu à peu les sinus utérins, dans l'épaisseur de l'organe. L'envahissement microbien, sans être encore généralisé, a dépassé la muqueuse et on conçoit bien que, dans ces conditions, l'enlèvement de l'utérus puisse débarrasser l'organisme d'un foyer toxique menaçant que le curettage le plus énergique n'aurait pu suffire à stériliser.

[1] WINTREBERT. De l'ablation de l'utérus dans les infections puerpérales. Thèse, Paris, 1895.

[2] BONAMY. De l'hystérectomie dans l'infection puerpérale aiguë. Thèse, Paris, 1899.

[3] BENOIST. De l'hystérectomie dans l'infection puerpérale avec lésions utérines prédominantes. Thèse, Paris, 1901.

Or nul ne peut dire avec certitude à quel moment, dans l'infection puerpérale, se fait la diffusion des germes. Il est certain qu'elle est souvent assez tardive, mais nous ne possédons actuellement aucun moyen qui nous permette de nous rendre compte avec quelque précision du moment où une infection puerpérale grave commence à dépasser les limites de l'utérus. Et c'est pourquoi j'estime que, dans le doute, il faut agir. Mais on risque aussi, en pareille matière, d'agir trop précipitamment. Les cas ne se comptent plus dans lesquels une infection puerpérale, paraissant grave dès le début, a guéri par le simple curettage, l'irrigation continue, les bains froids, et il est vraiment excessif de sacrifier l'utérus d'une femme que des moyens aussi simples auraient pu suffire à guérir.

Encore vaut-il mieux, sans aucun doute, sacrifier un utérus dans l'espoir de conserver la vie d'une femme que laisser mourir cette femme de peur de sacrifier inutilement son utérus.

Ricard[1], dans une étude très documentée, a reconnu que, au moins dans les Maternités, les neuf dixièmes des femmes infectées guérissaient par les moyens ordinaires, curettage, désinfection, irrigation continue. Il a apporté des observations qui montrent que des malades très gravement atteintes et qu'on pouvait presque considérer comme perdues sont revenues à la santé sans le secours d'aucune opération. Il en conclut qu'il faut renoncer à l'hystérectomie, parce que les malades guérissables par cette opération le seraient également par des moyens moins radicaux.

Les faits apportés par Ricard méritent d'autant plus de considération que leur auteur a donné maintes preuves de sa hardiesse chirurgicale, J'en dirai tout autant de Segond qui se rallie à l'avis de Ricard et, lui aussi, conseille l'abstention.

Il n'en est pas moins vrai que les documents mêmes apportés par Ricard, nous apprennent que dix malades sur cent succombent à leur infection. Les moyens ordinaires préconisés par les accoucheurs se sont donc, chez ces femmes, montrés

[1] Soc. de chirurgie, 13 mars 1901.

insuffisants. Il est facile de dire que chez elles l'hystérectomie eût été inutile et n'eût pu les sauver. Je suis au contraire convaincu qu'une hystérectomie précoce pratiquée immédiatement après l'échec du premier curettage en eût sauvé un certain nombre.

Que conclure de tout ceci, sinon que la question est très difficile, que rien ne peut nous renseigner exactement sur les indications opératoires, et que nous devons, dans ces circonstances critiques, n'agir que lorsque, en toute conscience, nous croyons que dans l'action seule réside quelque espoir de salut.

Je pense donc qu'à moins d'urgence absolue, il ne faut pratiquer l'hystérectomie que lorsque les autres moyens se sont montrés impuissants. Mais il faut alors le pratiquer sans retard, et, pour ma part, voici quelle est actuellement ma règle de conduite :

En cas d'infection puerpérale grave, et si la malade ne semble pas courir de danger immédiat, je pratique un curettage énergique. Si douze, ou au plus tard vingt-quatre heures après, la malade ne va pas sensiblement mieux, je pratique l'hystérectomie.

Si au moment même où je vois la malade pour la première fois son état me paraît extrêmement grave, j'enlève immédiatement l'utérus, préférant tenter sans perdre de temps l'opération qui me paraît devoir être la plus efficace.

Bien que l'hystérectomie abdominale ait été pratiquée et ait donné des succès, bien qu'elle rallie la presque unanimité de ceux qui, à la Société de Chirurgie ont accepté l'intervention, je préfère infiniment l'hystérectomie vaginale, comme dans tous les cas où les lésions sont virulentes, où les risques d'inoculation péritonéale sont redoutables et, lorsque je peux faire autrement, je me refuse à promener dans le ventre un utérus bourré de streptocoques.

Le seul argument qu'on oppose à l'hystérectomie vaginale, c'est sa difficulté, à cause de la friabilité de l'utérus pendant les jours qui suivent l'accouchement, et Segond croit qu'il vaut mieux, dans ces cas « procéder par la laparotomie que de ris-

quer le morcellement vaginal de l'utérus[1] » qu'il considère comme très difficile.

Quelque sérieuse que soit cette objection de SEGOND, qui tire son importance de la valeur du chirurgien qui l'a émise, je considère l'hystérectomie vaginale comme infiniment supérieure. Malgré la friabilité et le volume de l'utérus, j'ai toujours trouvé l'hystérectomie remarquablement simple et je n'ai jamais eu besoin de morceler l'utérus. Si celui-ci est volumineux, il est extrêmement souple et la largeur de la filière vulvo-vaginale y rend les manœuvres faciles. D'autre part la friabilité de l'utérus, qui est extrême et constituerait une difficulté redoutable si l'on se servait des pinces à griffes communes, n'a plus que des inconvénients secondaires si l'on a soin d'employer des pinces larges, comme des pinces à kystes ordinaires, ainsi que j'ai fait dès ma première opération, le 17 novembre 1897. TUFFIER[2], dans son importante communication, conseille aussi la pince à kyste dont il s'est également servi. Grâce à elle, il n'a rencontré aucune difficulté véritable. Bien plus, les sept hystérectomies vaginales que j'ai pratiquées dans ces conditions m'ont toujours paru extrêmement simples, et parmi les plus faciles que j'aie pratiquées. Elles n'ont pas demandé en moyenne, plus de cinq minutes, et je n'ai jamais eu le moindre accident opératoire.

Je crois donc que l'hystérectomie vaginale est à la fois plus facile et moins grave que l'hystérectomie abdominale et doit lui être préférée.

Une opération aussi simple ne saurait être très grave par elle-même, et si la mortalité est considérable, il n'en faut accuser que l'état presque toujours désespéré des malades que l'on opère. Sur 33 cas, TUFFIER a relevé 20 morts et 13 guérisons. C'est là évidemment une statistique beaucoup trop favorable. J'en dirai autant de la statistique de BONAMY qui

[1] *Bull. Soc. de chir.*, 26 juillet 1899, p. 804, et 27 février 1901, p. 210.

[2] *Soc. de chir.*, 26 juillet 1899.

relève 20 guérisons sur 31 cas. Comme toujours, ce sont surtout les cas favorables qui ont été publiés.

Il est certain que ce sont là des chiffres trop encourageants. Personnellement sur sept cas, j'ai eu six morts. — Aucun de ces cas n'est d'ailleurs compté dans les statistiques de Tuffier et de Bonamy. — Mais dans ces six cas, qui sont mes six premiers, je n'ai opéré que des mourantes. Chez trois d'entre elles, l'utérus enlevé, des flots de pus, indice d'une péritonite généralisée se sont écoulés par la brèche vaginale. Chez trois de ces malades l'opération n'a influencé en aucune façon, ni en bien ni en mal, la marche de l'affection. Deux autres ont présenté une amélioration passagère; une seule a vécu quinze jours. Son état a paru meilleur pendant cinq ou six jours : de 40° environ la température est tombée à 38°5, pour remonter ensuite, jusqu'à la mort.

Chez toutes ces malades l'opération, bien que faite immédiatement après le premier examen, a été pratiquée trop tard.

Dans mon septième cas, j'ai suivi point par point la ligne de conduite que je me suis tracée et que j'ai exposée plus haut. Une malade fait une fausse couche de trois mois, suivie d'une délivrance artificielle. Pendant trois jours la température se maintient entre 37°,5 et 38°, sans aucun phénomène alarmant. Le quatrième jour, au matin, la température monte brusquement à 40°, le pouls s'accélère, un début d'infection grave est évident. Un curettage est immédiatement pratiqué, qui permet d'enlever des morceaux de délivre sphacélés. Malgré ce curettage, à 5 heures du soir la température est à 40°,4, le pouls à 150, l'état alarmant. A 7 heures du soir, neuf heures après le curettage je pratique une hystérectomie vaginale qui se fait sans aucun incident, en trois minutes. L'utérus contenait un morceau de placenta sphacélé enchatonné dans la corne droite. Le lendemain matin la température était à 38°, le pouls à 100°, et la guérison s'est faite en quelques jours sans aucun incident.

Cette observation est des plus instructives. Elle montre ce qui est d'ailleurs évident, et c'est aussi l'avis catégorique de Terrier, qu'il faut chercher le salut dans la précocité de l'in-

tervention. Si une femme, curettée le matin, ne va pas mieux le soir, ou si, curettée le soir, elle ne va pas mieux le lendemain matin, il faut agir sans perdre une minute.

Elle montre également que bien souvent l'infection est due à un curettage incomplet. Sur mes sept cas, il en est deux, les deux derniers, dans lesquels il restait un morceau de délivre infecté. Rien n'est plus facile, au cours d'un curettage, dans ces utérus mous et qu'on craint de perforer, que de laisser dans la matrice un fragment de délivre. Or il est impossible de reconnaître cet accident et d'y remédier d'une façon certaine autrement que par l'hystérectomie, qui devient ici une opération de nécessité.

Ce sont là des détails que Rochard à bien fait ressortir à la Société de Chirurgie[1], où il a plaidé avec une conviction chaleureuse la cause de l'intervention. Lui aussi est intervenu plusieurs fois, et les désastres que lui ont donnés des opérations hardies mais trop tardives, n'ont fait que le fortifier davantage dans cette assurance que nous devons gagner l'infection de vitesse et que nous n'avons pas le droit de nous décourager.

Il faut donc, dans cette voie comme dans tant d'autres, aller hardiment de l'avant. Mieux vaut faire dix opérations inutiles que de n'en pas faire une qui apporterait le salut, et le nombre des malades déjà sauvées est assez grand pour que nous ayons le droit d'espérer le voir s'accroître encore, lorsque médecins, accoucheurs et chirurgiens voudront bien ne pas perdre en traitements inutiles un temps qu'on ne retrouve pas et s'efforceront, chez ces malades dont les jours sont comptés, de ne pas laisser passer l'heure après laquelle toute opération ne peut que rester impuissante.

[1] Rochard. *Soc. de Chirurgie*, février-mars 1901.

III

TUBERCULOSE ANNEXIELLE

Cliniquement, la tuberculose annexielle est à peu près impossible à reconnaître. Elle est régulièrement et fatalement confondue avec la salpingo-ovarite chronique commune dont aucun signe appréciable ne la différencie.

C'est surtout la trompe qui se laisse envahir, mais, même pièces en mains, il peut être parfois difficile de préciser la nature de l'affection.

La trompe peut être kystique, avec une paroi épaisse, tapissée d'une couche caséeuse dans laquelle le microscope révèle les lésions spécifiques de la tuberculose ainsi qu'on peut s'en rendre compte par les figures ci-jointes (fig. 151 et 152). Elle peut être, au contraire, épaissie, infiltrée de granulations, dont quelques-unes apparaissent sous le péritoine tubaire, avec des tubercules confluents, de petits amas caséeux. Parfois la trompe et l'ovaire forment une masse assez volumineuse, dans laquelle on rencontre des amas de véritables fongosités. L'ovaire est d'ailleurs plus rarement atteint, et Guillemain n'en aurait trouvé que 13 cas bien authentiques.

On y peut rencontrer soit des tubercules crus, soit des masses caséeuses de volume variable, soit même de véritables abcès froids d'assez grandes dimensions[1].

En général la tuberculose annexielle s'accompagne de lésions péritonéales de même nature[2]. On sait que rien n'est plus

[1] Fernandez. Tuberculose des organes génitaux de la femme, Thèse, Paris, 1899.

[2] Mathieu. Contribution à l'étude de la péri-annexite tuberculeuse. Thèse, Paris, 1900.

facile à reconnaître, en général, que la tuberculose périto-

Fig. 149.
Trompe droite tuberculeuse avec granulations semées à la surface d'un kyste parovarien (KELLY).

Fig. 150.
Tuberculose utéro-annexielle généralisée (KELLY).

néale, avec son semis de granulations plus ou moins con-

fluentes, avec ses fausses membranes souvent épaisses. C'est là un bon élément de diagnostic au cours de l'opération.

Dans un cas personnel, les annexes des deux côtés étaient perdues dans des adhérences péritonéales qui unissaient tous les organes du petit bassin, et collaient pour ainsi dire les anses

Fig. 151.

Salpingite tuberculeuse (Labadie-Lagrave et Legueu).

Coupe de la trompe au niveau de son méso dont les vaisseaux sont épaissis. La muqueuse est transformée en bourgeons charnus soudés à leur surface et oblitérant le fond des franges. Ces bourgeons sont parsemés de cellules géantes (Pilliet).

intestinales ensemble, si bien que, jusqu'au niveau de l'ombilic la cavité péritonéale n'était libre en aucun point. Partout le péritoine viscéral et le péritoine pariétal étaient parsemés de nombreuses granulations. Les lésions étaient beaucoup plus marquées au niveau des annexes, dans lesquelles le mal s'était évidemment développé en premier pour se communiquer ensuite au péritoine. L'extirpation des deux annexes

amena la guérison radicale de la malade qui, un an après, avait recouvré une santé magnifique.

Dans un second cas, pris pour une tumeur végétante des ovaires à cause de la rapidité des accidents, de l'ascite, du volume des tumeurs annexielles, il y avait de grosses lésions

Fig. 151 *bis*.

Salpingite tuberculeuse (LABADIE-LAGRAVE et LEGUEU).

La muqueuse seule est représentée ; les franges sont hypertrophiées et contiennent des cellules géantes créées aux dépens des cryptes de la muqueuse et entourées de follicules tuberculeux (PILLIET).

tubo-ovariennes et plusieurs poches formées par le cloisonnement du péritoine et remplies d'une grande quantité de liquide. La laparotomie, d'ailleurs fort difficile, et l'extirpation des annexes m'ont donné un résultat d'abord excellent, mais qui ne s'est pas maintenu, et la malade s'est éteinte six mois après son opération.

Le *diagnostic* de cette affection n'est guère possible que pen-

dant l'opération. Souvent même il est nécessaire de pratiquer

Fig. 152.
Tuberculose de la trompe gauche avec adhérences à l'épiploon (KELLY).

un examen microscopique ou bactériologique pour déterminer

Fig. 152 *bis*.
Coupe d'une salpingite tuberculeuse (LABADIE-LAGRAVE et LEGUEU).

exactement la nature de la maladie. Tout au plus, dans certains cas où des signes de tuberculose pulmonaire et surtout

péritonéale viendraient à se manifester, pourrait-on penser à la nature tuberculeuse des lésions annexielles avec des chances sérieuses d'être dans le vrai.

Cependant, la dureté de la tumeur, ses bosselures, son unilatéralité assez commune, la fréquence des poussées de pelvi-péritonite, pourraient être de quelque utilité au point de vue du diagnostic. Il en est de même de l'examen bactériologique des sécrétions utérines (FERNANDEZ).

La présence de poches ascitiques cloisonnées coïncidant avec des lésions annexielles me paraît aussi devoir être considérée comme un bon signe.

Mais ce sont là des cas exceptionnels, et la règle, pour la salpingite tuberculeuse, est d'être méconnue.

Elle devra évidemment être traitée comme toutes les salpingites qui ne guérissent pas, et extirpée. L'indication de cette opération est même plus pressante ici que dans la salpingite commune, puisqu'il importe de supprimer un foyer tuberculeux beaucoup plus nuisible qu'un foyer de suppuration banale souvent éteint depuis longtemps.

L'opération est relativement bénigne. Cependant la malade court ici le risque de voir cette extirpation suivie d'une poussée de tuberculose généralisée, et, pour ma part, j'ai vu, dans ces conditions, une malade succomber en quatre jours, emportée par une méningite tuberculeuse.

Si la cause première qui détermine la prolifération excessive et désordonnée de certains éléments épithéliaux de l'ovaire nous échappe encore complètement, il est au moins facile de comprendre comment, sous cette influence qui exalte l'activité cellulaire, peuvent se développer par de multiples transformations ces énormes tumeurs kystiques.

Une première invagination se produit qui se transforme en cavité close par simple oblitération de son orifice. Dès lors, une cavité kystique est constituée, microscopique, il est vrai. Mais, sous l'influence de l'excrétion de ses cellules de revêtement, elle grandit, se distend pendant que les cellules prolifèrent, la tapissent, végètent, et forment sur sa paroi interne des bourgeons où se développent de nouvelles cavités closes, origine des premières poches de la tumeur qui devient rapidement multiloculaire. Les cloisons qui séparent les diverses loges peuvent s'atrophier, se résorber en partie, faire communiquer ensemble des loges qui s'unissent en une cavité plus grande, et ainsi peuvent prendre naissance les énormes cavités kystiques que l'on rencontre si souvent.

En même temps, le même processus de prolifération cellulaire peut donner lieu à la formation de végétations bourgeonnantes. Mais il semble qu'ici l'activité cellulaire soit plus grande encore, et nous savons d'ailleurs que les tumeurs végétantes s'accroissent plus rapidement que les simples tumeurs kystiques et ont une tendance beaucoup plus grande à la transformation maligne.

Dans l'état actuel de nos connaissances sur l'évolution des tumeurs, et sans vouloir préjuger en aucune façon de leur origine parasitaire, cette théorie de la prolifération des cellules germinatives de l'ovaire est encore la plus satisfaisante.

Le mode de formation des *kystes dermoïdes*, après avoir donné lieu à plusieurs théories très ingénieuses, semble aujourd'hui à peu près élucidé.

La théorie de l'*enclavement* émise par Verneuil et qui explique merveilleusement les kystes dermoïdes de la peau du

sanguins dans un follicule de de Graaf, les *kystes hydatiques* qui peuvent exister dans l'ovaire comme partout ailleurs, et y sont du reste tout à fait exceptionnels, et les *petits kystes*, qui accompagnent la sclérose ovarienne et ont déjà été étudiés à propos des salpingites, ne présentent aucun intérêt chirurgical, et nous ne nous occuperons ici que des *kystes à grand développement*.

Ceux-ci se divisent d'ailleurs en deux grandes classes qui n'ont, au point de vue pathogénique, aucun rapport, mais qui présentent les caractères communs d'atteindre souvent un grand développement, de ne pouvoir être distingués cliniquement les uns des autres et d'être justiciables d'un traitement identique.

Ce sont les *kystes mucoïdes*, pour choisir parmi les noms divers dont on les a désignés celui qui me paraît le meilleur, et les *kystes dermoïdes*, qui par leur pathogénie et par leur structure en diffèrent radicalement. Ces deux sortes de kystes peuvent se confondre ou s'accoler pour former des *tumeurs mixtes* dans lesquelles on rencontre à la fois des poches mucoïdes et des poches dermoïdes.

KYSTES MUCOÏDES

Ces kystes étudiés sous les noms de cysto-épithéliomes (Quénu) [1], kystes proligères (Pozzi), épithéliomas mucoïdes (Malassez), ont fait l'objet de travaux sans nombre dont les principaux seront cités en temps et lieu. Pozzi, Labadie-Lagrave et Legueu, donnent, dans leurs livres auxquels je renvoie, beaucoup de détails sur l'histoire, l'anatomie pathologique et la pathogénie de ces kystes. Je veux être bref sur ces divers points, ayant surtout en vue le côté clinique et thérapeutique de ces tumeurs.

[1] Quénu. Anatomie pathologique des kystes non dermoïdes de l'ovaire. Thèse, Paris, 1881.

Anatomie pathologique. — Ces kystes, qui sont souvent bilatéraux, peuvent acquérir un volume énorme et remplir complètement l'abdomen en en distendant les parois, refou-

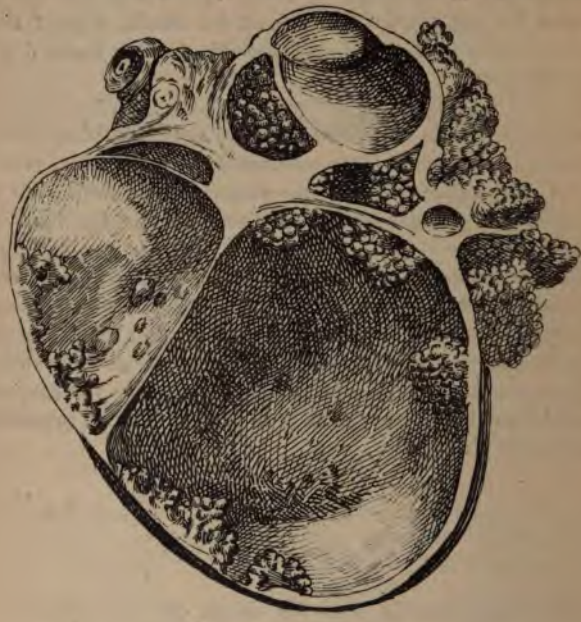


Fig. 153.

Cysto-papillome de l'ovaire, avec masses végétantes dans l'intérieur du kyste et à sa surface (KELLY).

lant le diaphragme et pénétrant pour ainsi dire dans le thorax. Le premier kyste que j'ai vu et qui fut enlevé par TERRILLON ne contenait pas moins de 32 litres de liquide. Ces dimensions qui peuvent être dépassées, sont, à vrai dire, exceptionnelles, surtout aujourd'hui où les gros kystes se font rares, à cause de la précocité de plus en plus grande de l'opération. On peut, il est vrai, au cours de laparotomies pour d'autres affections,

en rencontrer de petits, du volume d'une noisette ou d'une noix. Ils sont alors tout à fait à leur début. Mais on ne peut guère en faire le diagnostic avant qu'ils aient atteint le volume d'une petite orange.

Fig. 154.
Une des végétations du kyste précédent (KELLY).

Il est évident qu'entre les kystes les plus volumineux et les kystes les plus petits, il est possible d'observer tous les intermédiaires.

Ils se substituent souvent à l'ovaire qui disparaît complètement et sont accolés au ligament large par un pédicule assez étendu. La trompe s'étale sur eux et peut être très allongée. Quelquefois, souvent même, ils sont réunis au ligament large par un pédicule long, mince, rubané, fixé sur l'aileron postérieur. Parfois enfin, ils peuvent dédoubler ce ligament large en s'insinuant entre ses deux feuillets et se développer vers le plancher pelvien en dehors du péritoine.

Ils sont en général arrondis ou ovoïdes, l'extrémité la moins volumineuse correspondant à leur point d'implantation. Il est rare que leur surface soit régulière sur toute son étendue, et ils présentent presque toujours des bosselures plus ou moins

Fig. 155.
Face inférieure d'un kyste de l'ovaire. Section du pédicule (Labadie-Lagrave et Leguen).

nombreuses, plus ou moins accentuées, séparées par des sillons de profondeur variable. Ces sillons correspondent aux cloisons qui séparent les diverses loges du kyste.

Les kystes sont, en effet, en général composés de plusieurs poches : ce sont des *kystes multiloculaires*. Ils le sont presque tous et les *kystes uniloculaires* constitués par une seule poche, sont exceptionnels. Sans doute, on en rencontre souvent qui semblent uniloculaires, mais il y a presque toujours en un point quelconque de la paroi des poches, des logettes d'un

petit volume, faisant saillie dans la cavité principale, de sorte que ces kystes ne sont uniloculaires qu'en apparence (fig. 158).

Souvent les poches secondaires sont très nombreuses, de volume très variable, si bien que le kyste entier est transformé par d'innombrables cloisons en un véritable kyste aréolaire (fig. 157). C'est dans ces cas que la surface extérieure du kyste

Fig. 156.
Kyste multiloculaire de l'ovaire (Cruveilhier).

peut être sillonnée en tous sens de dépressions linéaires qui correspondent aux lignes d'insertion des cloisons intra-kystiques. Parfois les poches peuvent faire une saillie très marquée sur la surface du kyste, et même se pédiculiser en donnant à la tumeur l'aspect d'une grappe irrégulière.

Dans les cas ordinaires, lorsque le kyste est peu bosselé, sa surface est unie, lisse, brillante, d'un blanc nacré, ou bleuâtre suivant l'épaisseur de la paroi et le contenu du kyste. Des arborisations vasculaires souvent volumineuses et convergeant vers le pédicule rampent à sa surface. Quelquefois aussi on y rencontre des végétations, des bourgeons irréguliers et papilliformes, souvent gélatineux, translucides, qui rappellent le frai de grenouille et recouvrent irrégulièrement la tumeur.

Ces végétations se reproduisent à l'intérieur, et peuvent prendre un grand développement (fig. 153). Elles prennent naissance aussi bien dans les poches primitives que dans les poches secondaires qu'elles peuvent parfois complètement remplir. Elles sont sessiles ou pédiculées, friables ou résis-

Fig. 157.

Kyste aréolaire de l'ovaire (Cruveilhier).

U, utérus. — O, ovaire gauche. — T, trompe gauche. — K, débris des parois du kyste principal.

tantes, en forme de choux-fleurs, de mûres ou de framboises, opalines ou mucoïdes, ou blanches, rouges et cartilagineuses. Bref elles peuvent revêtir les aspects les plus variés et les plus dissemblables.

Le développement de ces végétations peut arriver à remplir complètement le kyste et à lui donner l'aspect et la consistance d'une tumeur solide.

Ces kystes végétants prennent parfois une allure inquiétante, et se rapprochent des tumeurs malignes. L'étude de leur structure histologique permet d'ailleurs de se rendre compte de cette évolution.

Les kystes mucoïdes sont en effet de véritables *épithéliomas*. Telle est l'opinion de MALASSEZ, qui les considère comme des *épithéliomas mucoïdes*. En les nommant ainsi, il est dans le vrai,

Fig. 158.
Kyste multiloculaire de l'ovaire, ayant extérieurement l'apparence d'un kyste uniloculaire (KELLY).

mais, à cause de l'exceptionnelle malignité qu'on rencontre toujours dans les tumeurs auxquelles on donne le nom d'épithéliome, je crois qu'il vaut mieux, au point de vue clinique, conserver à ces tumeurs, qui sont presque toujours bénignes, leur ancien nom de kystes.

Mais ces kystes n'en sont pas moins des *tumeurs épithéliales*.

La *paroi* du kyste est constituée par une couche fibreuse, plus dense du côté externe, un peu plus lâche et plus vasculaire vers l'intérieur de la cavité. Les vaisseaux sont assez rares, sauf vers le pédicule. Les artères sont peu volumineuses, mais les veines sont souvent très larges, s'aplatissent sous l'influence de la pression excentrique du contenu du kyste et s'étalent pour ainsi dire dans la paroi.

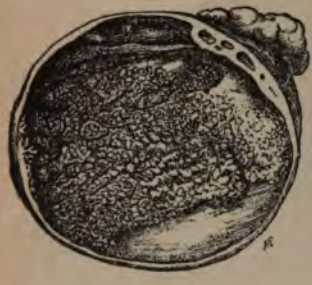


Fig. 159.
Kyste uniloculaire végétant (Labadie-Lagrave et Legueu).

Malassez et de Sinety ont également rencontré dans la paroi des vaisseaux tapissés d'un endothélium dentelé. Ce seraient des lymphatiques communiquant, à travers le pédicule, avec les espaces conjonctifs et lymphatiques voisins.

Sur cette paroi fibreuse est appliquée, du côté extérieur, une couche épithéliale à cellules cubiques. Ce n'est pas là l'épithélium péritonéal et ces cellules appartiennent en propre à la tumeur. Du côté interne l'épithélium présente de grandes variations, et on y retrouve des formations anormales qui rappellent celles que l'on observe dans les tumeurs épithéliales et qui font des kystes de l'ovaire une variété indiscutable de ces dernières tumeurs.

La cavité kystique est tapissée dans toute son étendue de cellules épithéliales dont la forme et la disposition varient infiniment. Le plus grand nombre sont cylindriques, mais il en est de caliciformes, ou encore avec des cils vibratiles, et aussi d'irrégulières, polymorphes, métatypiques, dont un certain nombre semblent souvent en voie de division et de multiplication.

On retrouve en somme ici la prolifération abondante et dé-

sordonnée qui caractérise les productions épithéliales. Mais il y a mieux; et dans ce désordre apparent, on observe souvent des formations plus nettes et mieux organisées. C'est ainsi qu'en bien des points l'épithélium s'invagine dans la paroi en y constituant de véritables glandes en tubes, semblables aux glandes de l'intestin. Ces formations tubulaires sont très irrégulièrement disséminées, isolées par places, ailleurs confluentes.

La prolifération inverse se rencontre également et on trouve dans l'intérieur des kystes d'abondantes végétations, d'aspect papillaire, dans lesquelles la charpente conjonctive et vasculaire est recouverte par une couche d'épithélium cylindrique (fig. 160).

La forme et les dimensions de ces végétations varient à l'infini. Tantôt ce sont de simples élevures, de véritables villosités, tantôt des lames étroites et aplaties, tantôt des bourgeons à plusieurs branches, tantôt de véritables arborisations dont la coupe donne les dessins les plus riches et les plus capricieux (fig. 154).

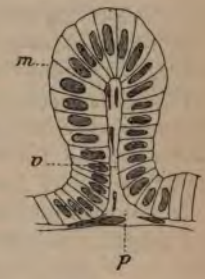


Fig. 160.

Bourgeon de la surface interne d'une cavité kystique (800 D.) (Cornil et Ranvier).

v, vaisseau et tissu conjonctif de la papille *p*. — *m*, épithélium cylindrique.

Ces dernières particularités se retrouvent sur les cloisons qui séparent les loges les unes des autres. Bien souvent ces cloisons sont incomplètes, perforées, parfois à peine esquissées. Malassez et de Sinety ont montré que ces cloisons incomplètes n'étaient que les vestiges des cloisons entières qui séparaient les loges les unes des autres et qui s'étaient atrophiées sur une certaine partie de leur étendue.

Le *contenu* des kystes ovariques est un liquide d'aspect et de consistance très variables, tantôt clair ou légèrement citrin, tantôt plus coloré, jaunâtre, vert, brun, de couleur chocolat, suivant l'abondance et le degré d'altération des éléments colorants du sang qui peuvent entrer dans sa constitution.

Il est onctueux, filant, de consistance et d'aspect muqueux, surtout, d'après MALASSEZ, lorsque les cellules caliciformes sont abondantes dans le revêtement épithélial.

Dans ce liquide on rencontre beaucoup d'éléments figurés, des hématies, des leucocytes, des cellules épithéliales, entières ou en voie de désagrégation, de grandes cellules muqueuses, des débris pigmentaires, voire même des microorganismes qui sont dus sans doute à une infection secondaire. On y rencontre également des paillettes de cholestérine.

D'ailleurs l'aspect du liquide varie beaucoup dans un même kyste suivant la loge dans laquelle il est renfermé, et une mince cloison peut séparer un liquide clair et filant, d'un liquide poisseux, brunâtre et mal lié.

La composition chimique de ce liquide est variable comme son aspect. On y trouve des substances de toute nature, des sels, de la graisse, quelquefois de l'urée et du sucre. Il n'y a qu'une substance qu'on y rencontre d'une façon à peu près constante, c'est la *paralbumine*. C'est elle qui donne au liquide sa consistance visqueuse. WALDEYER, qui s'est beaucoup occupé de l'anatomie pathologique et de la pathogénie des kystes ovariques, voulait faire de cette paralbumine la caractéristique des kystes de l'ovaire. En réalité on la rencontre ailleurs, mais dans les kystes parovariens, qui peuvent simuler les kystes de l'ovaire, on ne la rencontre jamais et c'est là un excellent caractère différentiel.

KYSTES DERMOÏDES

Ils sont beaucoup plus rares que les kystes mucoïdes, et de l'ensemble des dernières statistiques, il semble qu'on en rencontrerait environ 3 ou 4 p. 100. Personnellement j'en ai observé une proportion beaucoup plus forte, puisque sur 23 grands kystes que j'ai opérés, il y avait sept kystes dermoïdes. Cette proportion de plus de 30 p. 100 est due évidemment à une série exceptionnelle.

Leur volume n'atteint pas celui des kystes mucoïdes. Ils sont en général petits, gros comme une orange, une tête de fœtus. PÉAN en a cependant opéré un qui contenait 20 litres de liquide et j'en ai personnellement enlevé deux qui étaient plus gros qu'une tête d'adulte.

Comme les kystes mucoïdes, ils peuvent être uni ou multiloculaires, réguliers ou irréguliers, parfaitement arrondis ou bosselés et mamelonnés, avec des saillies et des dépressions. Ils sont peut être plus inégaux que les kystes mucoïdes et la consistance de leurs parois est souvent moins homogène : il y a des points mous, dépressibles, et comme pâteux, d'autres sont fluctuants, d'autres au contraire sont résistants, durs, et parfois même de consistance cartilagineuse ou osseuse. Rien de plus naturel, avec l'extraordinaire composition de ces kystes. Il en est cependant de parfaitement réguliers, et le plus volumineux que j'aie opéré était lisse, exactement arrondi, et d'aspect tout à fait homogène.

Ce qui sépare absolument ces kystes des kystes mucoïdes, c'est leur constitution intérieure. Celle-ci est extraordinaire, et, plus encore peut-être que dans les autres productions de même origine, l'examen des kystes dermoïdes de l'ovaire réserve les plus étranges constatations.

La surface interne de la paroi est souvent régulière, lisse, grisâtre, légèrement grenue et rappelant assez bien l'aspect d'une muqueuse ou de la peau macérée. Cette paroi a, en effet, la structure de la peau, et d'une peau quelquefois parfaite, avec couche cornée, corps muqueux de Malpighi, papilles et appareils accessoires développés aux dépens de l'épiderme, glandes sébacées et follicules pileux. Les glandes sudoripares sont exceptionnelles (fig. 161).

Dans cette paroi peuvent du reste être incluses les diverses productions que j'énumérerai dans un instant et qui se rencontrent également à l'état libre dans l'intérieur du kyste. Elles se forment évidemment au niveau de la paroi et ce n'est que plus tard qu'elles s'en détachent pour devenir libres et flottantes dans la cavité kystique.

Tous les éléments constitutifs du corps, aussi bien ceux qui

se développent aux dépens de l'endoderme et du mésoderme que ceux qui proviennent de l'ectoderme, ont été rencontrés

Fig. 161.

Kyste dermoïde de l'ovaire. Coupe perpendiculaire à la surface interne (Pozzi).

1, couche cornée. — 2, corps de Malpighi. — 3, tissu conjonctif. — 4, vaisseaux. — 5, point de genèse de cellules embryonnaires inflammatoires. — 6, fibres lisses. — 7, glande sébacée. — 8, glande sudoripare. — 9, id. — 10, vaisseau. — 11, tissu adipeux.

dans les kystes dermoïdes de l'ovaire. En général ces divers éléments sont plus ou moins englobés dans la substance sécrétée par la paroi. Cette substance a d'ordinaire l'aspect de la

matière sébacée. Elle est grisâtre, molasse, quelquefois huileuse, ou au contraire plus compacte et semblable à du mastic.

Dans presque tous les kystes dermoïdes, on rencontre des poils (fig. 162 et 163). Ceux-ci sont implantés dans la paroi, ou au contraire, libres et flottants dans la cavité kystique. Ils sont souvent extrêmement petits, et très fins, mais ils peuvent acquérir une longueur considérable, et on en a vu qui n'avaient pas moins d'un mètre. Dans le gros kyste dont j'ai déjà parlé, flottait un peloton de longs cheveux emmêlés du volume d'une mandarine.

Fig. 162.
Kyste dermoïde (CRUVEILHIER).

Les autres productions épidermiques que l'on rencontre sur la paroi, ou détachées d'elle, sont des ongles, d'ailleurs rares, diverses formations cornées et des dents. Celles-ci peuvent être très nombreuses et on en a compté jusqu'à 300. Mais elles ne sont jamais parfaites, ne répondent à aucun type défini, manquent de cément, de racines, ou de couronne. Parfois elles sont implantées dans des fragments osseux qui rappellent un maxillaire (fig. 164). Mais si leur forme est imparfaite, leur structure est normale et on y a décrit jusqu'à des filets nerveux pénétrant dans la pulpe. Elle seraient d'après HOLLÆNDER toujours très exactement orientées et inclinées vers l'axe médian du corps.

Dans un des kystes que j'ai opérés il y avait une dent ayant à peu près la forme et le volume d'une canine d'enfant.

On a également rencontré du tissu nerveux, et de la substance cérébrale. L'insuffisance des recherches aurait pu faire croire à la rareté relative de la matière cérébrale. Mais les

travaux de Wilms ont démontré que la substance nerveuse centrale existe pour ainsi dire toujours.

A ces productions spéciales de l'ectoderme il faut ajouter les formations mésodermiques les plus diverses, fragments osseux et cartilagineux, fibres musculaires lisses et striées,

Fig. 163.

Kyste dermoïde de l'ovaire (Pozzi).

A, masse myxomateuse. — B, masse adipeuse. — C, cheveux mêlés à de la matière sébacée. — D, pièce osseuse avec deux incisives et une molaire. — E, masse adipeuse à grains serrés. — K, parois du kyste.

et aussi des organes endodermiques, muqueuse intestinale avec les glandes qui en dépendent, muqueuse trachéo-bronchique avec un épithélium vibratile.

Enfin on y a vu de véritables organes ou fragments d'organes parfois bien développés, et aussi des organes associés, véritables productions tératologiques, des fragments d'embryons dont la constatation est des plus importantes au point de vue de l'étude pathogénique de ces kystes.

Une langue rudimentaire, une ébauche de maxillaire inférieur avec des dents (fig. 164), une glande analogue à la glande

sous-maxillaire, une véritable mamelle donnant issue à du colostrum, avec un mamelon et une aréole rose entourée de poils, un rudiment d'œil avec une rétine, des fragments de cer-

Fig. 164.

Mâchoire rudimentaire provenant d'un kyste dermoïde, avec des dents molaires et une touffe de cheveux bruns à l'extrémité, à côté une petite pièce osseuse avec des molaires, provenant du même kyste (KELLY).

veau et de cervelet. Enfin des parties fœtales reconnaissables et jusqu'à un embryon rudimentaire avec ses quatre membres, comme dans le cas de RÉPIN.

Dans les kystes dermoïdes, l'ovaire a en général disparu. Il n'en reste plus trace. La tumeur s'est purement et simplement substituée à lui. Quelquefois cependant on peut en retrouver des vestiges et le kyste peut même s'implanter sur lui par un pédicule assez grêle.

TUMEURS MIXTES

Elles ne sont pas rares, et se montrent souvent sur les deux ovaires à la fois. Mais si, des deux côtés, la tumeur est ordinairement mixte, elle peut être exclusivement dermoïde d'un côté et mucoïde du côté opposé. La même tumeur, et c'est là la caractéristique des tumeurs mixtes, présente donc en même temps des poches à caractère dermoïde et des poches mucoïdes. Ces poches de nature différente peuvent être accolées. Mais il y a plus, et, dans la même poche, on peut trouver par places une paroi dermoïde, une peau véritable, avec glandes et poils, tandis qu'immédiatement à côté on constate un revêtement épithélial, cubique, vibratile ou polymorphe [1].

Dans ces tumeurs mixtes, on rencontre assez souvent des points cartilagineux ou même osseux disséminés dans le stroma conjonctif des poches kystiques. Cette charpente est d'ailleurs, en général, composée de tissu conjonctif jeune, et qui parfois semble prendre les caractères d'une tumeur véritable et en particulier du sarcome.

Pathogénie. — Le mode de développement des *kystes mucoïdes* est assez facile à saisir. Ils proviennent d'une involution épithéliale. Tout au plus discute-t-on sur la nature exacte des éléments cellulaires qui servent de point de départ à cette involution.

Waldeyer pense qu'il faut rapporter l'origine des kystes mucoïdes aux tubes de Pflüger. On sait que ces tubes ne sont autre chose que des dépendances de l'épithélium germinatif qui recouvre l'ovaire et qui, vers le troisième mois de la vie intra-utérine, s'invagine dans le stroma ovarien sous-jacent pour y former des tubes ramifiés anastomosés les uns avec les autres et dans lesquels se différencient peu à peu des cellules particulières qui deviendront plus tard les ovules.

[1] Poupinel. Tumeurs mixtes de l'ovaire. *Arch. de physiol.*, 1887, et Thèse de Paris, 1886.

Si donc l'on admettait, avec WALDEYER, que les kystes mucoïdes se développent dans les tubes de Pflüger, il faudrait admettre en même temps que les kystes de l'ovaire sont d'origine congénitale. Il n'y a évidemment dans cette hypothèse aucune impossibilité. Mais pourquoi ne pas admettre, et telle

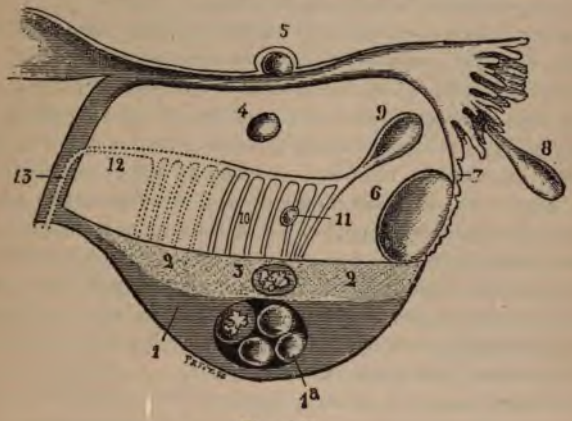


Fig. 165.

Schéma de l'appareil tubo-ovarien, pour montrer les divers lieux d'origine des kystes (A. DORAN).

1a, kyste glandulaire multiloculaire développé dans le parenchyme ovarien (1). — 3, kyste papillaire développé dans le tissu du hile de l'ovaire. — 4, kyste uniloculaire du ligament large, indépendant du parovaire (10). — 5, kyste uniloculaire du ligament large situé au-dessus de la trompe, mais sans union avec elle. — 6, kyste semblable tout près du ligament tubo-ovarien (7). — 8, hydatide de Morgagni, qui n'est jamais le point de départ d'un grand kyste. — 9, kyste développé aux dépens d'un conduit horizontal du parovaire. — 11, kyste développé aux dépens d'un tube vertical. — 12, 13, trajet du canal de Gartner, oblitéré, les kystes papillaires pourraient se développer le long de ce trajet et seraient l'origine des kystes papillaires en connection avec l'utérus et des kystes du vagin.

est la façon de voir le plus généralement acceptée aujourd'hui, que les kystes mucoïdes peuvent provenir de la prolifération des autres éléments épithéliaux de l'ovaire, et en particulier des cellules épithéliales des follicules qui, elles aussi, dérivent, en fin de compte, de l'épithélium germinatif de WALDEYER.

Si la cause première qui détermine la prolifération excessive et désordonnée de certains éléments épithéliaux de l'ovaire nous échappe encore complètement, il est au moins facile de comprendre comment, sous cette influence qui exalte l'activité cellulaire, peuvent se développer par de multiples transformations ces énormes tumeurs kystiques.

Une première invagination se produit qui se transforme en cavité close par simple oblitération de son orifice. Dès lors, une cavité kystique est constituée, microscopique, il est vrai. Mais, sous l'influence de l'excrétion de ses cellules de revêtement, elle grandit, se distend pendant que les cellules prolifèrent, la tapissent, végètent, et forment sur sa paroi interne des bourgeons où se développent de nouvelles cavités closes, origine des premières poches de la tumeur qui devient rapidement multiloculaire. Les cloisons qui séparent les diverses loges peuvent s'atrophier, se résorber en partie, faire communiquer ensemble des loges qui s'unissent en une cavité plus grande, et ainsi peuvent prendre naissance les énormes cavités kystiques que l'on rencontre si souvent.

En même temps, le même processus de prolifération cellulaire peut donner lieu à la formation de végétations bourgeonnantes. Mais il semble qu'ici l'activité cellulaire soit plus grande encore, et nous savons d'ailleurs que les tumeurs végétantes s'accroissent plus rapidement que les simples tumeurs kystiques et ont une tendance beaucoup plus grande à la transformation maligne.

Dans l'état actuel de nos connaissances sur l'évolution des tumeurs, et sans vouloir préjuger en aucune façon de leur origine parasitaire, cette théorie de la prolifération des cellules germinatives de l'ovaire est encore la plus satisfaisante.

Le mode de formation des *kystes dermoïdes*, après avoir donné lieu à plusieurs théories très ingénieuses, semble aujourd'hui à peu près élucidé.

La théorie de l'*enclavement* émise par VERNEUIL et qui explique merveilleusement les kystes dermoïdes de la peau du

sourcil et des régions branchiales a été adoptée par beaucoup de chirurgiens et en particulier par LANNELONGUE pour les kystes dermoïdes de l'ovaire.

Elle est cependant insuffisante, car si elle rend compte de la production du revêtement dermique, des poils, des dents, et même de la substance nerveuse, à la suite de l'enclavement de l'ectoderme dans le corps de Wolf, — ce qui est déjà assez difficile à admettre à cause de l'épaisseur considérable des tissus qui séparent le corps de Wolf de l'ectoderme dorsal, — elle n'explique pas du tout la présence des éléments mésodermiques, comme les os et les muscles, ou endodermiques, comme la muqueuse intestinale.

Il faudrait donc admettre, avec LANNELONGUE, que les éléments méso et endodermiques des masses proto-vertébrales et du feuillet interne, ont participé à l'enclavement de l'ectoderme. Mais cette hypothèse ne suffit pas encore à expliquer la présence de parties fœtales organisées, comme, par exemple, un membre ou un rudiment de membre, et LANNELONGUE pour y parvenir a recours à la nouvelle hypothèse d'un monstre double qui se produirait en même temps que l'enclavement des tissus. Cette théorie, acceptable et même séduisante lorsqu'il n'y en avait pas de meilleure, doit actuellement être rejetée.

BARD, de Lyon, dont il n'est que juste de reconnaître la fertilité d'esprit et l'originalité des conceptions, a émis une autre hypothèse, défendue par TRÉVOUX[1], et que LABADIE-LAGRAVE et LEGUEU résument très clairement : « BARD est partisan de la spécificité cellulaire; cependant les cellules des trois feuillets, les cellules qui seront spécifiques un jour, viennent, à leur origine, de la cellule ovulaire. Chaque cellule de l'ovule ou chacun de ses dérivés, a donc la propriété de donner naissance à différents tissus; dans l'évolution normale, ces cellules, qu'il appelle *cellules nodales* disparaissent en donnant naissance à d'autres cellules plus avancées dans la série et plus simples dans leurs propriétés. Mais qu'une de ces cellules vienne à

[1] TRÉVOUX. Des tumeurs à tissus multiples. Thèse, Lyon, 1887-88.

s'arrêter dans son évolution, elle restera plongée au milieu d'éléments de constitution différente et si un jour elle reprend son activité, ce sera pour produire des tissus divers, épiderme cutané, épithélium du feuillet interne, os, cartilages, dans l'organe où elle avait jusqu'alors habité[1]. »

Quelque ingénieuse que soit cette théorie de la cellule nodale, elle n'est qu'hypothèse et n'a d'autre valeur que celle qu'elle tire de la personnalité de son auteur.

Il me semble d'ailleurs qu'elle est passible d'une objection bien simple, que je me permets de lui faire. Les cellules nodales, stade intermédiaire entre l'ovule unicellulaire et les cellules spécifiques qui en dérivent, doivent se trouver dans tous les points de l'embryon susceptibles de s'organiser en tissus multiples, c'est-à-dire à peu près partout. Elles devraient donc, à la suite du trouble invoqué dans leur évolution, produire ces tumeurs étranges dans tous les points où elles se trouvent et non pas uniquement dans l'ovaire. Et je ne comprends pas pourquoi les cellules nodales susceptibles de dégénérer en tumeurs se cantonneraient exclusivement dans cet organe.

J'avoue que je trouve beaucoup plus séduisante la théorie de la *parthénogenèse*, entrevue par Geoffroy-Saint-Hilaire, par Waldeyer, formulée par Mathias Duval, défendue par Répin[2], laborieusement étudiée et pour ainsi dire démontrée par Max Wilms[3], dans plusieurs travaux très importants, clairement résumée par Munch[4] dans un article auquel je ne saurais mieux faire que de renvoyer ceux qu'intéresse l'étude plus complète de cette question difficile.

On sait que, chez un grand nombre d'animaux inférieurs, la segmentation de l'ovule et la production d'un être nouveau se

[1] Labadie-Lagrave et Legueu, *Loc. cit.*, p. 1003.

[2] Répin. De l'origine parthénogénétique des kystes dermoïdes de l'ovaire. Thèse de Paris, 1891.

[3] Max Wilms. *Deutsch. arch. für klin. Med.*, LV, p. 289.

[4] Francis Munch. Les tumeurs tridermiques de l'ovaire et du testicule. *Sem. méd.*, 8 sept. 1899.

font sans qu'il y ait besoin de l'impulsion fécondante du mâle. Cette reproduction asexuée n'est autre chose que la *parthénogenèse*. Or ce phénomène a été observé chez les animaux supérieurs, et il n'est pas jusqu'à l'ovule de la femme sur lequel on n'ait pu le surprendre à son début.

Dès 1864, Morel, de Strasbourg, observa un début de segmentation sur des ovules de femmes vierges. Steinlin a vu mieux encore. Il a rencontré un tout petit kyste dermoïde, à peine gros comme un grain de chènevis. Or ce petit kyste siégeait dans un follicule de de Graaf et précisément au point où se trouve normalement l'ovule. Il semble donc évident qu'il était dû à une segmentation plus avancée de la cellule femelle. D'autre part, le fait que les kystes dermoïdes ovariens se développent précisément à l'époque de l'activité sexuelle et ovulaire vient encore fournir un argument de plus à la théorie de l'autosegmentation de l'ovule. Celle-ci explique également d'une façon satisfaisante la fréquence des tumeurs mixtes, et on comprend fort bien que l'activité particulière qui, dans l'ovule, se traduit par une segmentation asexuée, puisse s'accompagner dans les cellules immédiatement voisines du follicule, d'une activité parallèle qui, elle, se traduira par le développement d'un kyste mucoïde.

Les recherches de Wilms, qui a étudié par des procédés spéciaux de préparation un grand nombre de kystes dermoïdes, sont venues apporter de nouveaux arguments, et des plus solides, à la théorie de la parthénogenèse. Il a, en effet, reconnu que les éléments des trois feuillets blastodermiques, qui semblent répartis dans les tumeurs dermoïdes ou tridermiques de la façon la plus capricieuse, ne le sont point en réalité, et que leur étude topographique attentive permet de se rendre compte que la tumeur représente un organisme embryonnaire avorté.

« Toutefois, l'embryon n'ayant pas encore dépassé la phase où il repose sur un vitellus considérable par sa face ventrale, celle-ci se trouve, en général, constituée par une lame endodermique largement étalée. Sur sa face supérieure, ou dorsale, l'avorton est recouvert de peau, laquelle correspond au cuir chevelu. Au-dessous de la peau, on rencontre une capsule

fibreuse renfermant le cerveau, autre dérivé ectodermique. Entre l'ectoderme et l'endoderme, les espaces sont comblés par les produits du mésoderme, entre le cuir chevelu et le cerveau, c'est-à-dire au-dessus de celui-ci, se voient des rudiments de la calotte osseuse du crâne; entre l'endoderme intestinal et le cerveau, par conséquent au-dessous de celui-ci, se logent les vestiges de la base du crâne. Enfin, au-dessous, on trouve différentes annexes de l'endoderme, lequel occupe le plan le plus inférieur de la tumeur [1]. »

La région de l'endoderme la mieux développée correspond à l'arbre trachéo-bronchique dont on trouve souvent des rudiments caractérisés surtout par leur épithélium à cils vibratiles. Il y a aussi toujours des glandes en grappe analogues à celles de la trachée, des îlots de cartilage hyalin avec des fibres lisses. Wilms a trouvé en outre deux fois des ébauches de corps thyroïde et une fois un véritable lobe pulmonaire.

Le tube digestif est moins bien partagé. On le reconnaît cependant à son épithélium surmonté d'un plateau strié, et aussi aux follicules clos et aux fibres lisses sous-jacentes à cette couche épithéliale. On n'a jamais rencontré de vestiges du cœur, du foie et du rein. Le mésoderme est largement représenté par le tissu conjonctif, le tissu musculaire lisse et strié, bien que ce dernier n'ait pas été rencontré par Wilms et le tissu osseux, surtout celui de la calotte cranienne. C'est l'ectoderme qui présente le développement le plus considérable : la peau avec ses annexes, glandes, poils et cheveux et surtout le cerveau. « Le développement qu'acquiert cet organe dans ces avortons est vraiment extraordinaire. Bien que noté sept fois seulement par les auteurs, il a été retrouvé dans *tous* les cas que Wilms a eu l'occasion d'examiner. Dans le plus jeune kyste qu'il ait étudié et qui était d'ailleurs fort petit, puisqu'il faisait à peine saillie à la surface de l'ovaire, une bonne moitié de la tumeur était constituée par le système nerveux central. » Parfois des cordons nerveux partent du cerveau : un d'eux est la

[1] F. Munch. *Loc. cit.*

moelle épinière, engagé entre des ébauches de vertèbres cervicales.

La région de la fosse buccale, glabre et recouverte d'un épithélium analogue à celui de la bouche, est, en général, facile à retrouver. C'est un point de repère commode pour la détermination du pôle antérieur du rudiment d'embryon.

Les dents s'y rencontrent fréquemment.

On est donc obligé de reconnaître qu'il s'agit là d'une ébauche d'embryon, d'un parasite rudimentaire ou *embryome*, Mais cet embryon s'est développé, malgré la superposition normale des différents feuillets qu'a démontrée Wilms, avec un désordre extrême, que Mathias Duval attribue à l'*individualisation* ou l'*apolarité* du blastoderme.

Malgré ce désordre apparent, il est facile de se rendre compte que, « dans l'embryon rudimentaire, les différents feuillets sont très inégalement développés. Ce sont les tissus ectodermiques (peau, annexes, cerveau), qui prédominent de beaucoup sur les autres. La région céphalique constitue à elle seule la presque totalité de la tumeur ». Cela s'explique assez bien, si l'on tient compte de son importance relative dans les premiers stades du développement de l'embryon.

Dans quelques cas aussi le développement parthénogenétique de l'ovule aboutit à la formation d'un embryon relativement bien conformé, et l'on comprend qu'on ait pu, dans ces cas, croire à la réalité d'une inclusion fœtale.

Il me semble, après ce rapide exposé, que cette théorie de l'*inclusion fœtale* doit également être abandonnée et que la parthénogenèse, mieux que tout autre mécanisme, explique d'une façon satisfaisante la formation des kystes dermoïdes.

Connexions et rapports des kystes de l'ovaire avec les parties voisines. — L'étude parthénogénétique que je viens d'esquisser, permet de se rendre compte d'un certain nombre de détails relatifs à la situation exacte des kystes de l'ovaire et à leurs rapports avec les parties voisines, et avant tout avec l'ovaire qui leur donne naissance.

Les kystes, qu'ils soient mucoïdes ou dermoïdes, se développent dans l'ovaire lui-même. Lorsqu'ils sont encore tout petits, à leur début, ils peuvent n'apparaître que comme une saillie sur la surface de l'organe. Lorsqu'ils sont un peu plus gros, l'ovaire peut leur paraître encore accolé (fig. 166), mais lorsqu'ils représentent un certain volume, l'ovaire comprimé, distendu, refoulé, disparaît complètement et il est souvent impossible de le retrouver. Le kyste semble s'être substitué à lui.

Fig. 166.
Kyste du corps jaune (KELLY).

Il est donc, comme l'ovaire, implanté sur le ligament large, au niveau de l'aileron postérieur, dans le voisinage de la trompe. Le point d'implantation constitue le *pédicule*. Celui-ci est très variable : quelquefois long, mince et comme rubané, il est au contraire souvent fort court, et le kyste est directement inséré sur le ligament large (fig. 167).

La trompe s'applique contre lui, souvent distendue et comme enroulée à la surface du kyste. Elle conserve parfois son apparence normale. Mais elle peut être plus ou moins altérée, amincie, ou au contraire hypertrophiée, obstruée et kystique au niveau de son pavillon. Parfois les rapports avec la trompe sont plus curieux et on observe des kystes tubo-ovariens, dans lesquels la cavité kystique communique avec la trompe correspondante. Dans ces cas, bien étudiés par CABANIOLS [1], on se trouve en général en présence d'un kyste de l'ovaire communiquant avec un hydrosalpinx après adhérence des deux tumeurs et usure de leurs parois. Dans des cas plus rares, la trompe peut être saine, sans hydrosal-

[1] CABANIOLS. Des kystes tubo-ovariens. Thèse, Paris, 1900.

pinx primitif, et la communication s'est établie secondairement après adhérence du kyste à la trompe et distension, amincissement et finalement perforation de la paroi.

La trompe est située au niveau du pédicule, au moins lorsque celui-ci est court. Dans ce pédicule pénètrent les vaisseaux, qui

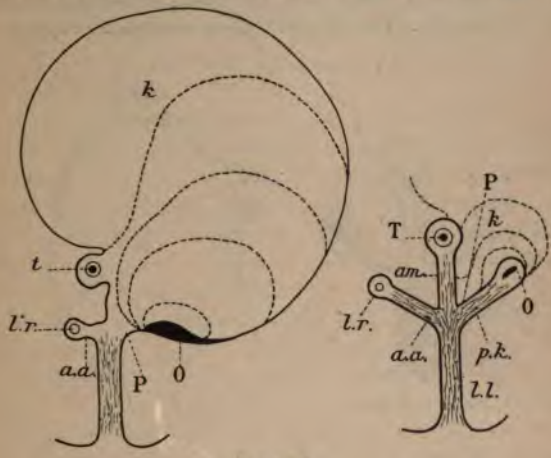


Fig. 167.

Schéma destiné à montrer la constitution du pédicule d'un kyste ovarique aux dépens du bord supérieur du ligament large.

O, ovaire. — *t*, trompe. — *l.r*, ligament rond. — *a.a*, aileron antérieur du ligament large. — *am*, aileron moyen. — P, péritoine. — *k*, kyste. — *p.k*, pédicule du kyste.

sont les vaisseaux de l'ovaire, utéro-ovariens et utérins, avec les veines correspondantes, souvent très augmentées en nombre et en volume. Il y a également, dans ce pédicule, des lymphatiques et des nerfs. Souvent enfin on peut y reconnaître des vestiges d'ovaire.

Quelquefois le kyste ovarique, au lieu de faire saillie dans la cavité péritonéale, disparaît pour ainsi dire dans le fond du bassin, sous le péritoine. Il est, en effet, dans ces conditions, recouvert par les deux feuillets du ligament large qui s'étalent

sur lui. Il est *inclus* dans le ligament large. Le mécanisme de leur production est simple. Il suffit que le kyste se développe du côté du hile de l'ovaire. Il se porte alors entre les deux feuillets de l'aileron postérieur qui se déploie et disparaît. Il s'insinue sous la trompe, se développant peu à peu dans le tissu cellulaire du ligament large dont les deux feuillets s'écartent de plus en plus (fig. 168). TERRILLON les considère comme excep-

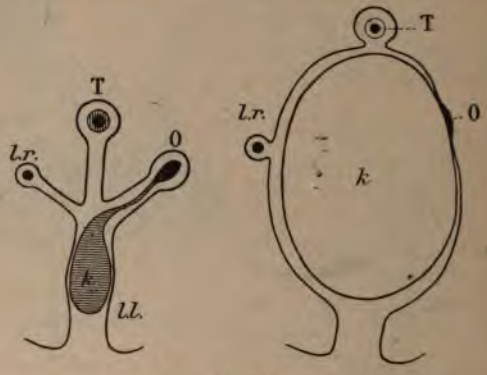


Fig. 168.

Schéma destiné à montrer le mode d'enclavement de certains kystes dans le ligament large.

A gauche, coupe du ligament large avec ses trois ailerons. — A droite, kyste de l'ovaire inclus dans le ligament large.

tionnellement vasculaires. Cela tient sans doute à ce que les veines, qui rampent sur le pôle supérieur pour gagner le pédicule utéro-ovarien, sont moins distendues, moins comprimées et plus visibles. Il y a d'ailleurs en général, dans ces cas, deux pédicules vasculaires, l'un en dehors, du côté de l'artère utéro-ovarienne, l'autre en dedans, vers la corne utérine.

Les divers organes voisins sont repoussés excentriquement. L'utérus est dévié du côté opposé, et la vessie, qui s'étale sur la face antérieure du kyste, a souvent son sommet attiré vers le haut.

Les kystes de l'ovaire, qu'ils soient dermoïdes ou mucoïdes, peuvent, lorsqu'ils prennent un grand développement, se mettre en contact avec tous les organes abdominaux. S'ils repoussent souvent la vessie en bas, ils peuvent, comme je viens de le dire, l'attirer vers le haut en l'étalant à leur surface. Mais cela n'est guère possible que pour les kystes intra-ligamentaires. L'utérus est, en général, refoulé en bas et du côté opposé au kyste. Dans certains cas, il peut adhérer au kyste et être au contraire entraîné vers le haut.

Les kystes repoussent encore peu à peu l'intestin vers le haut, compriment et dévient plus ou moins le rectum et le côlon pelvien, refoulent souvent, lorsqu'ils continuent à grossir, les intestins dans les flancs, en venant se mettre au contact de la paroi abdominale. Ils peuvent enfin remplir complètement l'abdomen et atteindre l'estomac, la rate, la face inférieure du foie et le diaphragme lui-même.

Parfois ils sont absolument libres dans la cavité abdominale et sans autre attache que leur pédicule. Mais il n'en est pas toujours ainsi et, soit à la suite de poussées inflammatoires, soit à la suite du développement de végétations épithéliales, ils contractent souvent des *adhérences* avec les organes voisins, gros et petit intestins, épiploon, péritoine pariétal. Ces adhérences, plus ou moins vasculaires, plus ou moins résistantes, constituent parfois un obstacle des plus sérieux au cours de l'extirpation.

Il n'est pas rare de voir les kystes de l'ovaire s'accompagner d'autres lésions qui viennent les compliquer.

C'est ainsi que leur présence amène souvent la production d'un certain degré d'*ascite* dans la cavité péritonéale. Le liquide de cette ascite est, en général, plus riche en matériaux fixes que celui de l'ascite ordinaire. C'est qu'en effet, s'il est possible qu'elle soit due en partie ou dans certains cas à l'irritation et à la réaction péritonéales, il est bien probable, comme le pense Quénu, que le liquide ascitique est sécrété par les végétations qui existent à la surface du kyste. C'est, en effet, dans les tumeurs végétantes que l'épanchement péritonéal se montre

le plus souvent. Il est quelquefois teinté de sang. Cette ascite qui accompagne ordinairement les kystes à tendance envahissante est donc un signe assez inquiétant.

Certaines *hémorragies* peuvent se produire dans l'intérieur du kyste et colorer plus ou moins le liquide qui y est contenu, mais ces hémorragies sont rarement importantes et graves.

Il est, au contraire, d'autres accidents qui peuvent, eux, venir singulièrement compliquer la situation.

Le kyste peut *s'infecter*. Le liquide qu'il contient est normalement aseptique, mais il peut perdre sa stérilité et devenir purulent en entraînant les accidents les plus redoutables.

On y a trouvé le coli-bacille, le staphylocoque, le streptocoque, qui peuvent être transportés dans le kyste, soit directement, à la suite d'une ponction par une aiguille septique, soit à travers les adhérences qui unissent l'intestin à la paroi kystique, soit enfin par le sang, au cours des maladies infectieuses comme la fièvre puerpérale ou la fièvre typhoïde.

Cette *suppuration* du kyste ne tarde pas, si l'on hésite à intervenir, à amener rapidement des accidents mortels, soit par septicémie, soit par péritonite. L'ouverture du kyste suppuré peut cependant se faire au dehors, à la suite de l'adhérence de la tumeur à la paroi abdominale, et le kyste peut même, par ce mécanisme très exceptionnel, guérir spontanément.

Sous l'influence d'un choc, d'une chute, ou de l'augmentation graduelle de la pression intra-kystique, le kyste peut se rompre. Les cas n'en sont pas très rares. La *rupture* peut d'ailleurs se faire soit dans le péritoine, soit, grâce aux adhérences, dans quelque cavité, comme l'intestin, le rectum, le vagin, la vessie. Cet accident, lorsque le liquide n'est pas infecté, peut se terminer par la guérison. Mais il est beaucoup plus fréquent de voir survenir des phénomènes inquiétants, et la rupture d'un kyste ovarique doit, en somme, être considérée comme une complication très sérieuse. Fossard [1] pense même

[1] Fossard. Rupture spontanée des kystes de l'ovaire. Th. Paris, 1901.

que seuls les kystes parovariens sont susceptibles de guérir à la suite d'une rupture.

Un des accidents les plus graves qui puissent compliquer le kyste de l'ovaire est la *torsion de son pédicule*. Il n'est pas rare, et j'en ai personnellement observé sept ou huit cas. Il

Fig. 169.
Tumeur ovarienne polykystique, avec torsion du pédicule (KELLY).

faut, bien entendu, que le pédicule soit un peu long. Cependant, dans quelques cas, fort rares il est vrai, on a pu voir se tordre des kystes ovariques à pédicule court ou même complètement sessiles.

Chose curieuse, la torsion se fait en général sur les kystes de l'ovaire droit, la partie interne de la tumeur devenant antérieure, puis externe.

Le pédicule peut ne faire qu'un demi-tour sur lui-même.

Mais, en général, il y en a au moins un et on en rencontre jusqu'à cinq ou six (fig. 169 et 170).

Lorsque la torsion est complète et que le pédicule est serré, il peut y avoir arrêt complet du cours du sang, artériel comme veineux, dans l'intérieur du kyste. Privé de son apport san-

Fig. 170.
Kyste de l'ovaire gauche, avec torsion du pédicule (KELLY).

guin, le kyste s'atrophie, ou, ce qui est plus fréquent, se sphacèle et entraîne rapidement une péritonite mortelle.

Quand la torsion n'est pas trop forte, il se peut que le sang continue à arriver dans le kyste par les artères encore perméables, alors qu'il ne peut être évacué par les veines oblitérées et thrombosées. Il y a alors des hémorragies capillaires, puis de véritables ruptures veineuses, soit intra, soit extra-kystiques; le kyste devient turgescent, violacé, noir, se couvre de dépôts fibrineux, contracte des adhérences avec les parties voisines, puis se rompt par places et finit ainsi par entraîner des acci-

dents mortels. Cependant, il n'en est pas toujours ainsi, et les adhérences qui se forment, peuvent donner passage à des vaisseaux de nouvelle formation par l'intermédiaire desquels le kyste pourra continuer à se nourrir.

Lorsque la torsion s'accentue et que la malade ne succombe pas, le pédicule peut se rompre au niveau du point de torsion. Cette rupture du pédicule est suivie soit du sphacèle du kyste, soit de son atrophie, à moins qu'il ne continue à vivre en contractant de nouvelles adhérences.

La torsion du pédicule est lente ou brusque et les causes en peuvent être multiples. La longueur du pédicule y prédispose évidemment. De même la régularité du kyste et sa sphéricité plus ou moins parfaite. Mais les causes déterminantes sont variées. Un choc, une exploration intempestive, la contraction abdominale, les grands mouvements respiratoires, parfois même l'accroissement régulier du kyste et son passage du petit dans le grand bassin, passage qui s'accompagne d'un mouvement de rotation. La ponction a pu être aussi suivie de cet accident; et l'on comprend fort bien qu'un kyste vide puisse, même sous la seule influence des contractions intestinales, tordre son pédicule.

Dégénérescence des kystes de l'ovaire. — Généralement bénins et guérissant sans retour, les kystes de l'ovaire peuvent se transformer en tumeurs malignes et se généraliser. Les kystes de l'ovaire les plus simples, uniloculaires et non végétants ne sont pas à l'abri de cette évolution. Personnellement, j'ai opéré un kyste uniloculaire contenant 19 litres, parfaitement lisse et arrondi, et qui présentait seulement quelques adhérences dans la région épigastrique. Quelques mois après, la malade présenta dans la paroi abdominale, au-dessus de l'ombilic, une induration diffuse. Pensant à quelque suppuration épiploïque ou pariétale, j'intervins de nouveau et je trouvai un néoplasme ayant infiltré la paroi abdominale et remplissant toute la région : malgré une large extirpation, une dissection complète de l'estomac et l'extirpation de tout le bord antérieur du foie envahi par le néoplasme, l'évolution

continua et la malade succomba au bout d'environ deux mois.

Mais il est certain que la dégénérescence maligne se voit surtout dans les tumeurs végétantes, à grande activité cellulaire, à prolifération abondante. Il n'est pas rare, dans ces cas, de rencontrer des greffes néoplasiques sur le péritoine pariétal, les intestins et les divers organes abdominaux. La récidive est alors pour ainsi dire constante. Mais les tumeurs végétantes, prises à temps, avant qu'elles aient eu la possibilité de se greffer sur les parties voisines peuvent guérir et guérissent en général radicalement.

Cette évolution maligne n'a rien d'étonnant. C'est la marche ordinaire des proliférations épithéliales, et nous avons vu que les kystes mucoïdes n'ont pas d'autre origine.

La dégénérescence maligne s'observe également dans les kystes dermoïdes. Le fait est plus rare, mais il n'en est pas moins assez souvent observé. C'est là un processus également simple, et il se produit, comme dit Bard, une tumeur de tumeur. D'ailleurs si les kystes mucoïdes ne se généralisent que sous la forme d'épithéliomas, on peut au contraire, dans les kystes dermoïdes, voir naître également des sarcomes et rencontrer plusieurs variétés d'épithéliomas.

L'épithélioma peut se développer aux dépens des glandes de la peau, des glandes sébacées en particulier. C'est un épithéliome cylindrique, un cancer glandulaire. Développé aux dépens de l'épithélium corné de l'épiderme, il constitue un épithélioma pavimenteux. Enfin on a observé assez souvent des sarcomes développés aux dépens du tissu conjonctif du kyste[1]. Telle est l'origine de ces diverses tumeurs qui, une fois nées, se développent et se généralisent parfois comme les pires des cancers.

Étiologie. — C'est pendant la période d'activité génitale de la femme que les kystes de l'ovaire s'observent le plus communément. Ils sont donc rares avant vingt ans ou après soixante.

[1] Debuchy. Dégénérescence maligne des kystes dermoïdes de l'ovaire. Thèse Paris, 1899.

Cela est vrai surtout pour les kystes dermoïdes. Cependant on a observé des kystes ayant nécessité une opération chez des enfants dont l'âge variait de vingt mois à sept ans.

L'hérédité peut faire sentir son influence et on a assez souvent vu des kystes ovariques dans la même famille.

Et c'est tout ce qu'on sait sur les conditions dans lesquelles ils se développent. Il ne semble pas que la grossesse ait une influence sur eux, et ils ne sont pas rares chez les vierges et les nullipares.

Symptômes et diagnostic. — Au début, les kystes de l'ovaire ne se traduisent par aucun symptôme. Ils passent complètement inaperçus. Ce n'est guère que lorsqu'ils atteignent le volume d'une orange ou du poing qu'ils peuvent, surtout lorsqu'ils sont enclavés dans le bassin, provoquer quelques troubles, quelques douleurs vagues, quelques sensations de pesanteur et de tiraillements qui engagent à pratiquer l'examen qui les fait découvrir.

Mais lorsque leur volume s'accroît, alors même qu'il ne se traduit pas par une augmentation visible de volume du ventre, ils peuvent être l'origine de quelques troubles et retentir sur la santé générale de la malade.

C'est ainsi qu'il y a des douleurs pelviennes, abdominales, crurales, dues à certaines compressions nerveuses. Quelquefois ces douleurs se localisent à la tumeur elle-même, dans le bas-ventre, toujours au même point, et peuvent présenter des exacerbations plus ou moins violentes, tenant sans doute à des poussées congestives et quelquefois même à de légers phénomènes de péritonite partielle. Il y a aussi des troubles dyspeptiques d'origine réflexe, nausées, vomissements, douleurs gastriques, et enfin des troubles souvent sérieux de la menstruation. Les règles sont modifiées, supprimées même assez souvent, une fois sur cinq, d'après Gallard, dérangées dans leur époque d'apparition, plus rarement augmentées, et les ménorragies accompagnent exceptionnellement les kystes de l'ovaire.

La conception n'en est pas moins possible et les femmes ne

sont pas rares chez lesquelles on voit se développer une grossesse au cours de l'évolution d'un kyste de l'ovaire. On comprend les difficultés qu'il peut y avoir de ce fait, dans le diagnostic de l'affection, et aussi les accidents qui peuvent venir compliquer l'accouchement.

L'accroissement du kyste étant constant, les phénomènes s'aggravent bientôt et les *compressions* diverses font leur apparition. Quand la tumeur est encore pelvienne, c'est le rectum, c'est la vessie, ce sont les uretères qui sont comprimés. De là des phénomènes de constipation opiniâtre, quelquefois même d'occlusion intestinale véritable, de la rétention d'urine, ou parfois de l'incontinence lorsque la vessie, complètement aplatie, ne peut plus contenir de liquide, des troubles rénaux, de l'albuminurie, parfois même des accidents urémiques. Tous ces malaises, toutes ces douleurs, toutes ces complications ne tardent pas à compromettre la santé générale.

Lorsque la tumeur envahit le ventre et s'y développe, la compression de l'intestin, de l'estomac, des gros vaisseaux, aggrave encore la situation : les troubles cardiaques sont fréquents et peuvent aller jusqu'à l'asystolie. Ils s'expliquent suffisamment par la compression des gros vaisseaux, la gêne circulatoire, l'augmentation de la tension abdominale, l'albuminurie, etc.,

Dès cette époque, et même avant, l'état général s'altère gravement, la malade maigrit, sa figure se tire et se creuse. Elle prend ce *facies ovarien* un peu spécial et sur lequel les anciens auteurs insistaient tant : l'appétit disparaît, la pâleur des téguments s'accentue, la poitrine et les membres se décharnent pendant que le ventre augmente de plus en plus de volume, et la malade finit par succomber aux progrès de la cachexie, sans même qu'il y ait besoin, pour l'emporter, d'une *complication* quelconque.

Celles-ci sont pourtant nombreuses ; du côté du kyste, la *rupture*, la *torsion du pédicule*, l'*infection*, du côté des poumons, la *pleurésie*, la *tuberculose*, du côté du cœur et des vaisseaux, l'*asystolie* complète, la *syncope*, la *phlébite*, l'*embolie*. Si bien que, somme toute, le kyste de l'ovaire, après une évolution plus ou moins rapide, conduit invariablement à la

mort. Sans doute on cite quelques exemples où la maladie a duré de longues années pendant lesquelles l'état général est resté à peu près satisfaisant. Mais ordinairement, dès que le kyste commence à troubler la santé générale, on peut dire que la malade n'a que très peu de chances de vivre au delà de deux ou trois ans.

A la période d'état, lorsque le kyste est volumineux, les divers signes fonctionnels que je viens d'énumérer suffisent parfois à imposer le diagnostic. Mais c'est au début que celui-ci doit être fait, et dans ces conditions, ce sont les *signes physiques* seuls, ceux qui sont tirés de l'examen attentif de la malade, qui permettront de reconnaître la nature exacte du mal.

Les signes fournis par la vue ne sont appréciables que lorsque le kyste a acquis un volume suffisant pour augmenter sensiblement les dimensions de l'abdomen. Lorsqu'il est très gros, il peut quelquefois être reconnu à la simple inspection Le ventre est moins aplati que dans l'ascite, l'ombilic est normal ou déplissé, mais n'est point saillant comme lorsque la cavité abdominale est remplie de liquide. Enfin le ventre est souvent moins régulier, le maximum du gonflement peut siéger dans un des côtés, en dehors de la ligne médiane, et les irrégularités du kyste, lorsque la paroi est très amincie, comme il arrive souvent, peuvent apparaître au travers.

La *palpation* permet de reconnaître la tumeur et d'apprécier sa forme, son volume, les bosselures formées par ses loges multiples, sa situation exacte par rapport à la ligne médiane, sa mobilité, sa consistance. Le kyste est souvent rénitent, surtout lorsque les loges ne sont pas trop considérables, et que les parois sont épaisses. Il peut être tout à fait fluctuant en cas de grandes poches ou de poche unique, et, si ses parois sont très minces, il peut être quelquefois fort difficile de distinguer la fluctuation d'un kyste ovarique de celle d'une ascite simple.

La *percussion*, par l'étude de la matité abdominale, donne des renseignements précieux. Il est, en effet, de règle que le kyste, dès qu'il est volumineux, vienne se mettre au contact de la paroi abdominale, repoussant les intestins dans les flancs. La

fibre. Dans ces conditions, il faut, si possible, s'attaquer d'abord à la partie inférieure libre, et sectionner le pédicule (fig. 178). On décortique alors le kyste de bas en haut, des parties libres vers les parties adhérentes. L'opération est en général rendue beaucoup plus simple; le clivage se fait pour ainsi dire tout seul, et l'on est étonné de la facilité avec laquelle se sépare un kyste dont les adhérences paraissaient très solides lors-

Fig. 179.
Marsupialisation d'un kyste inextirpable.

qu'on s'attaquait à elles par la partie supérieure de la tumeur.

Il peut cependant être impossible de séparer la paroi kystique des organes auxquels elle est soudée. Il reste alors une ressource qui, pour n'être qu'un pis-aller, peut encore permettre de sauver des malades qui, sans elle, mourraient inévitablement. C'est la *marsupialisation* de la poche. La poche ouverte et vidée de son contenu est réséquée en partie, au niveau de sa face antérieure et ses parois sont fixées aux lèvres péritonéales de la partie inférieure de la plaie. De cette façon l'intérieur de la poche communique avec le dehors (fig. 179).

On la tamponne. Elle diminue peu à peu sous l'influence de la poussée des organes abdominaux; elle bourgeonne, suppure

région occupée par le kyste, région sus-pubienne et ombilicale, est donc mate. La sonorité se perçoit dans les flancs, alors que dans l'ascite, au contraire, la matité siège dans les flancs, la région ombilicale restant sonore et parfois tympanique. De plus, les zones de matité et de sonorité ne changent pas, comme dans l'ascite, avec les mouvements de la malade. Ce sont là des caractères distinctifs de la plus haute importance. Mais ils peuvent perdre de leur valeur dans les cas assez fréquents où les kystes ovariques, et en particulier les kystes végétants, s'accompagnent d'un certain degré d'ascite. Il faut songer à ces cas, pour ne pas commettre d'erreur.

Mais c'est le *toucher bimanuel* qui, comme dans toutes les affections pelviennes de la femme, donne les renseignements les plus précieux. Il permet d'apprécier le volume, la mobilité, la forme de la tumeur et surtout, fait capital au point de vue du diagnostic, sa *situation par rapport à l'utérus*. En règle générale, une tumeur volumineuse, un peu latérale, repoussant l'utérus du côté opposé, et indépendante de cet utérus, est un kyste de l'ovaire. Il faut donc s'appliquer à rechercher avec la main sus-pubienne le fond de l'utérus, à délimiter celui-ci, à le mobiliser, à se rendre compte, en un mot, de ses rapports exacts avec la tumeur. Souvent on sent l'utérus abaissé, dévié, à droite, par exemple, dans le cas de kyste siégeant à gauche, mais mobilisable en avant du kyste pendant que celui-ci, immobile ou, au contraire, mobilisable de son côté, remplit le cul-de-sac postéro-latéral gauche.

Cette indépendance de la tumeur et de l'utérus est le signe capital qu'il faut chercher et qui permet, lorsqu'on peut l'établir, d'éviter l'erreur souvent commise et qui fait confondre un kyste de l'ovaire avec un fibrome volumineux.

Mais il n'est pas toujours possible de s'en rendre compte, et dans bien des cas, surtout lorsque le kyste est irrégulier, bosselé et enclavé dans le bassin, l'utérus peut disparaître et faire, pour ainsi dire, corps avec lui.

Il peut d'ailleurs y avoir entre les deux des adhérences pathologiques et la mobilisation du kyste peut entraîner l'utérus, cause d'erreur difficile à éviter. Dans ce cas, l'appréciation

du volume, de la direction, de la situation de l'utérus par l'hystérométrie pourra rendre de grands services.

Ces divers détails s'appliquent surtout aux cas dans lesquels le kyste est assez volumineux. Lorsqu'il est petit, du volume d'une orange, par exemple, les phénomènes sont bien moins nets, et il est beaucoup plus difficile d'affirmer la nature de la tumeur pelvienne que permet de constater le toucher vaginal.

Tels sont les signes principaux donnés par le *toucher vaginal;* il n'y en a pour ainsi dire aucun de caractéristique et le *diagnostic* se déduit souvent beaucoup plus de l'ensemble des phénomènes que l'on constate et de leur évolution que de tel ou tel signe fourni par le toucher.

Le *toucher rectal* peut quelquefois rendre des services — il est en général inutile — à part, bien entendu, les cas dans lesquels il s'agit d'examiner une enfant ou une jeune fille.

Malgré tout, si les cas faciles ne donnent lieu que très rarement à des erreurs de *diagnostic*, dans les cas difficiles il n'en est pas de même, et il est peu d'affections qui aient donné lieu à autant de méprises et d'erreurs que le kyste de l'ovaire. C'est qu'il en est peu qui, à cause de son volume, de sa situation et de sa forme, si différents suivant les cas, puisse simuler plus d'affections disparates.

Nous venons de voir, en étudiant les signes physiques du kyste de l'ovaire, comment on pouvait le distinguer de l'*ascite*, lorsqu'il est volumineux. Lorsqu'il est petit, il peut être facilement confondu avec une *salpingite :* même situation latérale, même volume, même forme. Ce n'est guère que par l'étude des antécédents, la constatation de la métrite qui témoigne de l'infection de l'appareil génital, la sensibilité beaucoup plus nette de la tumeur salpingienne, les poussées fébriles et inflammatoires, l'absence de mobilité, l'empâtement du cul-de-sac correspondant, qu'on pourra se décider en faveur d'une salpingite.

La longue durée de l'affection sans changement appréciable, et surtout sans diminution, est, au contraire, en faveur d'un kyste de l'ovaire.

Mais il y a beaucoup d'autres affections avec lesquelles on

peut confondre le kyste de l'ovaire : lorsqu'il est petit ou d'un volume moyen, et lorsqu'il est encore inclus dans la cavité pelvienne, on peut, en dehors des annexites, le prendre pour une *grossesse extra-utérine* ou une *hématocèle*, erreur qu'on évitera, si l'on songe à sa possibilité, par l'étude des antécédents, des signes de grossesse ou de rupture tubaire ; pour une *rétroflexion utérine*, ou encore une simple *rétroversion*, dans lesquelles l'exploration intra-utérine pourra tirer d'embarras. D'ailleurs, dans ce dernier cas, la recherche du fond de l'utérus au-dessus du pubis est négative, alors qu'elle ne doit pas l'être dans le cas de kyste de l'ovaire.

Lorsque le kyste, toujours pelvien, est inclus dans le ligament large, il peut être très difficile et même impossible, de le distinguer d'un *kyste parovarien*. L'inclusion dans le ligament large se reconnaît ou se soupçonne à la situation extrêmement basse de la tumeur. Elle remplit le cul-de-sac latéral du vagin, elle est au niveau du col, ou même un peu au-dessous, et se trouve en général accolée à l'utérus qui en paraît rarement indépendant.

Dans ces cas, si l'on est parvenu à porter le diagnostic de tumeur ou même de kyste du ligament large, il est vraiment bien difficile de se prononcer entre un kyste de l'ovaire et un kyste parovarien. La ponction lèverait les doutes, car le liquide de ces deux kystes n'est pas semblable, celui du kyste parovarien étant séreux et non filant. Mais la ponction ne doit pas être faite. Peut-être cependant le kyste de l'ovaire est-il moins régulièrement arrondi, à cause de ses loges multiples, mais il est souvent bien difficile de se rendre compte de ces légères différences.

Lorsque la tumeur cesse d'être pelvienne pour devenir abdominale, les affections avec lesquelles il est possible de la confondre, se multiplient singulièrement.

On a confondu, et les meilleurs cliniciens y ont été pris, le kyste de l'ovaire avec toutes les *tumeurs abdominales*, voire même avec des tumeurs du *rein*, du *foie*, de la *rate*.

Il semble cependant, si la clinique n'était faite pour dérouter toutes les prévisions, qu'il soit assez facile, par sa situation,

ses attaches inférieures, son développement de bas en haut, de différencier un kyste de l'ovaire d'une *tumeur du rein*, qui remplit la fosse lombaire, qui laisse libre le bassin, qui donne en général lieu à des troubles urinaires, d'une *tumeur du foie*, d'un *kyste hydatique* volumineux qui, lui aussi, occupe la partie supérieure de l'abdomen et se développe de haut en bas, d'une *tumeur de la rate*, dont le siège est l'hypochondre gauche. C'est l'examen attentif de chaque cas particulier qui pourra seul permettre d'éviter des erreurs grossières.

Les *tumeurs du mésentère*, plus bas situées, souvent arrondies et mobiles comme les kystes, seront beaucoup plus facilement confondues avec eux. De même les *kystes hydatiques de l'abdomen* qui, il est vrai, sont infiniment rares, comparativement aux kystes ovariens.

Certaines *péritonites enkystées*, qui déterminent sur la paroi une zone de matité, et en particulier les *péritonites tuberculeuses*, ont également été confondues avec les kystes de l'ovaire et tout le monde sait que la première guérison de péritonite tuberculeuse par la laparotomie est due à une erreur de diagnostic de Spencer Wells, qui croyait opérer un kyste de l'ovaire.

Une simple *rétention d'urine* avec distension de la vessie, qui peut remonter jusqu'à l'ombilic, peut également simuler un kyste de l'ovaire. Il suffit pour éviter cette erreur de mettre une sonde dans la vessie. Mais encore faut-il songer à le faire!

L'*utérus gravide* peut être pris pour un kyste ovarique. C'est là une erreur dont les conséquences peuvent être graves, et qu'il faut éviter à tout prix. Il faut pratiquer un examen très attentif, car, dans certains cas d'hydramnios, il est facile de se tromper. Si l'on a quelques doutes, il faudra prolonger son examen et ses recherches jusqu'à ce qu'on ait entendu les bruits du cœur du fœtus ou senti ses mouvements actifs. Si l'on n'entend rien et qu'on n'ait pas la certitude matérielle que la grossesse n'existe pas, on attendra quelque temps afin d'être fixé par l'évolution naturelle des événements. Il est beaucoup moins grave de commettre l'erreur inverse et de prendre un kyste pour une grossesse. Tout le mal se borne à une perte de temps, et le chirurgien interviendra lorsque la prolongation

anormale de cette pseudo-grossesse l'aura mis sur la voie du diagnostic exact.

Lorsque le kyste de l'ovaire a acquis un certain volume et remonte jusque vers l'ombilic, il est une affection avec laquelle il peut être assez facile de le confondre. C'est le *fibrome de l'utérus*. Le fibrome est en général plus médian, plus allongé, il s'accompagne de ménorragies ou même de métrorragies véritables, qui s'observent rarement dans le kyste où les règles sont, au contraire, assez communément supprimées. L'hystérométrie permet de reconnaître dans le fibrome une augmentation souvent énorme de la cavité utérine, qui ne change évidemment pas dans le kyste : c'est là un signe qui a une valeur presque absolue, mais il est loin d'être constant, et nombreux sont les fibromes dans lesquels la saillie d'un noyau fibromateux dans l'intérieur de l'utérus ou quelque coudure brusque empêche l'hystéromètre de pénétrer et concourt à induire le chirurgien en erreur. Ce qu'il faut avant tout, c'est se rendre compte de la *situation respective de la tumeur et de l'utérus*. Si la tumeur est indépendante, c'est un kyste ; si l'utérus est englobé dans la tumeur, si surtout il constitue la tumeur elle-même, c'est un fibrome. Cette classification un peu schématique permettra d'éviter bien des erreurs. Mais elle ne suffit pas à les éviter toutes ; car il est certains fibromes pédiculés qui sont parfaitement indépendants de l'utérus et qui simulent à s'y méprendre un kyste de l'ovaire. Et d'autre part certains kystes à pédicule court et adhérents à l'utérus peuvent simuler un fibrome. Dans ces conditions l'erreur sera presque fatale, mais sans aucune importance, puisque les deux affections sont justiciables d'un même traitement.

On peut quelquefois pousser un peu plus loin la précision du diagnostic et reconnaître à quelle variété appartient le kyste que l'on examine. La régularité parfaite, ou, au contraire les bosselures permettent de distinguer un kyste uniloculaire d'un kyste à plusieurs loges, mais il est plus difficile de se prononcer sur sa nature *mucoïde* ou *dermoïde*. Un clinicien aussi consommé que Kœberlé déclare que la ponction seule peut lever les doutes. Cependant, si, dans un grand nombre de cas,

Ces tumeurs végétantes ont cependant une allure clinique assez particulière pour mériter une description spéciale [1].

Anatomie pathologique. — Une partie de ces tumeurs végétantes revêt la forme kystique. Ce sont les kystes à végétations envahissantes dont j'ai parlé dans le précédent chapitre. Je n'y reviens pas.

Mais il en est d'autres qui, au moins au point de vue macroscopique, ne présentent pas de formations kystiques ; ce sont des tumeurs exclusivement constituées par des végétations papillaires. Elles n'acquièrent pas, et de beaucoup, le volume des précédentes, et il est rare de leur voir dépasser la grosseur d'une tête d'enfant.

Enfin il en existe une troisième variété, qu'on rencontre beaucoup plus rarement. L'ovaire a conservé à peu près sa forme et son volume, mais il est comme verruqueux ; c'est un papillome superficiel. D'après la comparaison de Patton, « on le dirait enduit d'une substance visqueuse et saupoudré ensuite d'un sable sec et fin ».

Les végétations qui forment ces tumeurs présentent une extrême variabilité dans leurs dimensions, leur aspect et leur disposition. Les unes sont transparentes et gélatiniformes, ou au contraire rosées ou rouges, charnues, arrondies comme certaines fongosités, hérissées de petites papilles irrégulières comme certains papillomes. Elles sont sessiles ou pédiculées, isolées ou agglomérées en grosses masses bourgeonnantes, mamelonnées, en forme de choux-fleurs, ou au contraire, lorsqu'elles sont petites et serrées, disposées en plaques presque lisses et d'aspect velvétique. Elles peuvent recouvrir complètement la tumeur, déborder même ses limites et empiéter sur les organes voisins, sur le péritoine qui recouvre l'utérus et les parois pelviennes (fig. 180). Elles se soudent ainsi, disséminant, semant et greffant pour ainsi dire des végétations

[1] W. Cazenave. Des tumeurs papillaires de l'ovaire avec métastase péritonéale. Thèse, Paris, 1895.

tromper. On se trouve en présence d'accidents péritonéaux plus ou moins graves, et la laparotomie seule permettra de se prononcer.

Il en est de même pour la *torsion du pédicule*. Lorsque la malade ou le médecin connaissent l'existence du kyste, et que tout à coup apparaît une douleur subite suivie d'accidents péritonéaux, il faut immédiatement penser à la torsion, d'autant plus qu'elle n'est pas rare. De plus, au lieu de s'affaisser et de disparaître comme dans la rupture, la tumeur se congestionne, se tend et s'immobilise. On pourrait même, d'après Mouls [1], entendre, au niveau du pédicule, un souffle systolique et au niveau de la tumeur un battement accompagnant également la systole.

Mais si l'existence du kyste n'est pas connue, le diagnostic sera beaucoup plus épineux. La douleur, les vomissements, le ballonnement du ventre feront songer à une occlusion intestinale, un volvulus, une perforation gastrique, une péritonite. Seule la constatation d'une tumeur présentant les caractères d'un kyste ovarique, d'ailleurs fort difficiles à apprécier dans ces conditions, pourra dans quelques cas permettre de porter un diagnostic exact, et je l'ai fait dans un cas qu'une opération immédiate m'a permis de guérir.

L'*infection* et la *suppuration* du kyste s'accompagnent d'une élévation de température qui peut ne pas être très accentuée, mais qui est constante, tenace. En même temps l'état général s'altère et la patiente prend l'aspect des malades en proie à l'infection. Parfois des poussées plus aiguës qui s'accompagnent de douleurs et d'un certain retentissement péritonéal, viennent aggraver la situation. Parfois aussi on voit, en un point de la paroi abdominale, naître une induration qui s'étend peu à peu. C'est le kyste enflammé qui adhère à la paroi et qui peut même s'ouvrir en laissant écouler le pus qui le remplit. On peut encore voir survenir une péritonite suraiguë qui emporte brusquement la malade à la suite de la

[1] Mouls. De la torsion du pédicule des kystes de l'ovaire. Thèse de Paris, 1890.

rupture du kyste et de cette inondation purulente intra-péritonéale. Mais c'est, en somme, l'apparition et la persistance de la fièvre, avec l'augmentation de la sensibilité de la tumeur, qui, chez une malade atteinte de kyste de l'ovaire, permettent de reconnaître et parfois d'affirmer la suppuration.

Pronostic. — Autrefois le kyste de l'ovaire se terminait presque invariablement par la mort, à la suite d'une des complications que j'ai énumérées plus haut, de la cachexie ovarienne, ou de la transformation maligne de la tumeur. Aujourd'hui ce pronostic est changé du tout au tout, et l'on peut presque dire que tout kyste de l'ovaire reconnu doit se terminer par la guérison, à condition cependant qu'il soit opéré d'assez bonne heure. Mais c'est là une condition absolue.

Le kyste de l'ovaire est une affection qui évolue comme une tumeur bénigne, au moins pendant un certain temps après son apparition. Mais il peut, à un moment quelconque et sous une influence qu'on ne peut prévoir, changer d'allure et se transformer en une de ces tumeurs végétantes qui s'étendent, se greffent sur les parties voisines, se généralisent et ne peuvent plus être extirpées en totalité. Or, cette transformation est assez fréquente et se rencontre à peu près dans un quart des cas. Il faut donc absolument agir avant l'heure où s'accomplit cette métamorphose, et, comme il est impossible de la prévoir, comme il est également impossible de prévoir les multiples complications qui viennent assombrir le pronostic de tout kyste ovarique, il faut prendre comme règle absolue que tout kyste de l'ovaire doit être opéré aussitôt qu'il est reconnu. L'opération a d'autant plus de chances d'être efficace et radicale qu'elle est plus précoce. Elle est en outre d'autant plus bénigne que le kyste est moins ancien, moins volumineux et moins adhérent aux parties voisines.

L'ovariotomie pratiquée dans de bonnes conditions ne donne pour ainsi dire plus de mortalité. C'est une opération idéale — et c'est elle d'ailleurs qui a ouvert la marche dans la voie triomphale où s'est engagée la chirurgie moderne.

Traitement. — Tout kyste de l'ovaire doit donc être enlevé, — et le plus tôt possible. Il n'y a pour ainsi dire aucune contre-indication à l'ovariotomie, si ce n'est pour certains kystes végétants d'allure évidemment maligne et dont on peut affirmer l'extension aux parties voisines. Encore, pour peu qu'il y ait le moindre doute, sera-t-il indiqué de pratiquer une laparotomie exploratrice et d'extirper séance tenante la tumeur, si elle paraît extirpable.

L'âge, le mauvais état général ne sont pas des contre-indications, au contraire, et pour essayer de sauver des malades, le meilleur moyen ne consiste pas à attendre qu'elles soient plus malades encore.

Les complications, torsions, ruptures, suppurations, rendent plus pressante encore l'indication opératoire, et dans ces cas, il faut opérer aussi vite que possible, comme on le fait en chirurgie d'urgence. On perdra quelques malades, sans aucun doute, qui d'ailleurs auraient succombé, mais on en sauvera un bon nombre.

La *grossesse* elle-même ne change rien à ces règles. Un kyste, surtout s'il est petit et enclavé, peut compromettre le travail et déterminer des accidents mortels, aussi bien pour la mère que pour l'enfant. S'il est volumineux, il peut se rompre, empêcher la grossesse d'arriver à son terme, causer d'autres accidents plus graves encore. Le plus simple est de l'enlever. L'opération, surtout si elle est faite avant le cinquième mois, est très bénigne et il n'est plus aujourd'hui permis de la différer.

Pendant le *travail*, si un kyste enclavé empêche l'enfant de passer, la conduite la plus simple est la ponction par le vagin. Le kyste s'aplatit, l'enfant passe, et ultérieurement on avise. Mais encore faut-il que le kyste soit accessible, et facilement accessible, et que cette ponction ne soit pas faite aveuglément. On pouvait autrefois conseiller la craniotomie. Aujourd'hui on doit essayer de sauver à la fois la mère et l'enfant. Les cas sont certainement très rares où une symphyséotomie pourrait permettre un accouchement naturel. La conduite la meilleure à tenir est donc encore la laparotomie qui permet d'en-

lever la tumeur, et de laisser alors l'accouchement se terminer naturellement. Si la tumeur enclavée n'est pas extirpable, la laparotomie permet encore d'extraire l'enfant par l'opération césarienne, et immédiatement après, dès que l'utérus suturé est revenu sur lui-même, le kyste qu'on peut alors désenclaver.

Tout kyste de l'ovaire reconnu doit donc être traité par l'*ovariotomie*. La *ponction* aveugle, insuffisante et dangereuse, acceptable autrefois, est aujourd'hui condamnée sans retour et je n'en veux rien dire. C'est à l'*extirpation* du kyste qu'il faut avoir recours.

La première ovariotomie fut faite en Amérique, par Mac Dowell, en 1809, et avec succès. Après quelques opérateurs isolés, Atlee commença, en 1844, une série d'opérations vraiment belles pour cette époque. En 1871, il n'avait pas fait moins de 246 opérations. En Angleterre, malgré quelques opérations de Lizars en 1824, ce n'est guère qu'en 1842 que Walsh et Clay recommencèrent, puis Bir, Baker-Brown et enfin Spencer Wells, qui, dès 1858, obtint des succès qui, dans la suite, se multiplièrent.

En Allemagne, l'opération était proscrite. En France, malgré une opération de Woyerkowsky (1844), il en était de même. Nélaton, en 1862, la rapporta d'Angleterre, mais les insuccès le découragèrent. C'est à Kœberlé et à Péan que revient l'honneur de l'avoir victorieusement acclimatée en France.

L'antisepsie survint, et aujourd'hui il n'est pas d'opération plus universellement pratiquée et sur laquelle se fasse plus complètement l'accord de tous les chirurgiens.

Ovariotomie. — Lorsqu'un kyste de l'ovaire est peu volumineux, on peut songer à l'enlever par la *voie vaginale*. Battey l'avait préconisée en 1869, et elle a été récemment reprise et recommandée, en particulier par Segond, qui a même défendu l'ablation par le vagin, après hystérectomie préalable, des tumeurs annexielles doubles dont le volume n'est pas trop considérable.

Je ne saurais accepter cette manière de faire, non pas que je croie utile de conserver l'utérus lorsque les annexes n'y sont

ainsi au contact de l'intestin au niveau de son bord adhérent. Mais la greffe sur la surface intestinale est beaucoup plus commune. La cavité péritonéale tout entière peut se recouvrir d'un semis de végétations qui naissent et se développent sur l'intestin, l'épiploon, le péritoine pariétal, le foie, et qui vont même se *généraliser* par voie sanguine ou lymphatique dans des organes éloignés.

Tous ces phénomènes ne se produisent pas en général sans qu'on voie apparaître l'*ascite*. Celle-ci est fréquente. Le liquide qui la constitue est souvent séreux et citrin, parfois rosé ou même rouge, riche en globules sanguins et franchement hémorragique, quelquefois plus ou moins gélatineux. Cette ascite contient beaucoup plus de matériaux fixes que les ascites ordinaires, 100 à 106 gr. par litre, au lieu des 75 à 80 gr., qui, d'après QUÉNU, seraient la moyenne.

Cette ascite, due sans doute à la sécrétion des végétations, est souvent le premier symptôme qui attire l'attention. Elle se reproduit facilement et rapidement après ponction, et cette constante reproduction peut quelquefois devenir une indication opératoire pressante.

Symptômes et diagnostic. — C'est en général l'apparition de l'ascite qui attire l'attention de la malade, car ici, comme dans la plupart des néoplasmes, même les plus mauvais, les douleurs, au début, sont généralement nulles.

Si l'on vient à palper le ventre, on sent alors souvent, à moins qu'il ne soit trop distendu par l'ascite, des tumeurs profondes, des irrégularités, qui font sentir leur résistance lorsqu'on déprime brusquement la paroi abdominale en refoulant le liquide péritonéal. Si le ventre est au contraire distendu par le liquide, une ponction, en l'évacuant, permettra de recueillir les mêmes sensations.

Le toucher bimanuel donne les renseignements les plus précieux. Les annexes sont augmentées de volume, souvent des deux côtés, mais les ligaments larges sont, en général, plus ou moins envahis, et le doigt sent, de chaque côté du col, des masses plus ou moins dures, bosselées, irrégulières, ou plus communément

les plus simples qui se puissent voir. L'extirpation du kyste ne demande pas plus de deux minutes et l'opération entière à peine une dizaine.

La malade, étant en position déclive, comme dans toutes les opérations pelviennes sans exception, la paroi est incisée sur la ligne blanche jusqu'au niveau du sommet du kyste.

Fig. 172.

Extirpation en bloc d'un kyste de l'ovaire.

La main s'insinue derrière le kyste et le luxe au dehors.

La main plonge alors dans le ventre, passe derrière le kyste (fig. 172), l'attire au dehors, le luxe à travers l'incision et l'on peut ainsi très rapidement, saisissant le pédicule avec une pince (fig. 173), le sectionner d'un coup de ciseaux. Il ne reste plus qu'à le lier solidement avec un catgut, que j'emploie exclusivement de préférence à la soie, et après, avoir examiné l'autre ovaire, à refermer l'incision, par une suture à un, deux ou trois plans, suivant la laxité de la paroi, et surtout suivant les habitudes de chaque chirurgien.

Personnellement j'ai coutume d'employer la suture à trois plans, telle que je l'ai décrite plus haut (voy. p. 194).

Cette manière de faire est un peu exceptionnelle, et la plupart des chirurgiens ont l'habitude, dès que le kyste est un peu volumineux, de le ponctionner. C'est la conduite qu'il faut tenir

Fig. 173.
Le pédicule est saisi avec une pince et tranché d'un coup de ciseaux.

lorsque le volume de la tumeur dépasse sensiblement celui d'une tête d'adulte et qu'elle ne saurait passer par une incision qui ne doit pas avoir plus d'une quinzaine de centimètres. On peut même, si le kyste, bien que volumineux, est sans adhérences et sans loges multiples l'extirper par une incision plus petite.

Pour y parvenir, dès qu'on aperçoit le kyste, reconnaissable à son aspect brillant et parfois presque nacré, on le ponctionne avec un gros trocart (fig. 174) muni d'un long tube de caoutchouc destiné à conduire dans un récipient quelconque le liquide qui va s'écouler. Il n'est pas utile, en général, de

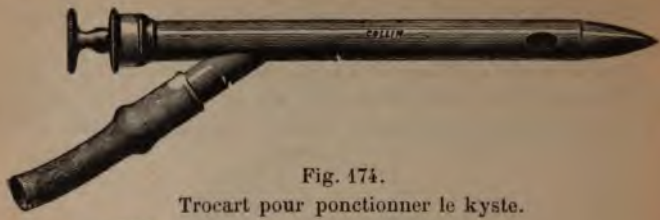


Fig. 174.
Trocart pour ponctionner le kyste.

Fig. 175.
A et B, pinces à kyste de PÉAN.

s'embarrasser d'un aspirateur, la pression sur le kyste, à travers la paroi abdominale, de chaque côté de l'incision suffisant parfaitement à faire écouler le liquide. On peut aussi, si l'on n'a pas de trocart sous la main, ou si le liquide est trop épais et coule mal, éventrer le kyste d'un coup de bistouri en éversant les lèvres de l'incision hors de la plaie, et vider ainsi le kyste presque instantanément. Cette façon de faire a un grand inconvénient, celui d'inonder de liquide la malade, le champ opératoire, l'opérateur et jusqu'au parquet de la salle d'opérations. En outre, malgré le soin qu'on doit avoir pris de protéger et de fermer avec des compresses l'espace

Fig. 176.
C et D, pinces à kyste de NÉLATON, ronde ou ovale.

qui sépare le kyste de la paroi, une certaine quantité de liquide peut couler dans le ventre. Si c'est du liquide ordinaire aseptique, cela n'a, en réalité, aucun inconvénient, mais si le contenu du kyste est suppuré, cela en a évidemment beaucoup.

Il est vrai que bien souvent, surtout dans ce dernier cas, la paroi kystique est friable, et que, dès qu'on la ponctionne, elle se déchire et quelques précautions qu'on prenne, laisse couler du liquide qui s'infiltre entre le kyste et la paroi. Si bien qu'en ponctionnant pour éviter cet accident, on ne fait quelquefois que le rendre plus redoutable.

Quoi qu'il en soit, il est plus régulier, et, en somme, meilleur de ponctionner le kyste, avec un gros trocart. Il faut avoir grand soin, dès que la paroi kystique commence à se relâcher, de la saisir avec une pince de Kocher, de chaque côté du point où pénètre le trocart, de façon à éviter que celui-ci ne s'échappe. Puis, dès que la paroi se plisse, il faut la saisir avec une de ces pinces à kystes à mors larges, qui sont extrêmement précieuses (fig. 175, 176).

Lorsque que le kyste est vidé et qu'on enlève le trocart, on oblitère la perforation avec une pince semblable. Un gros kyste vidé n'est plus constitué que par une poche flasque, souple et qui passe avec la plus grande facilité par une incision, même petite. On l'attire ainsi entièrement au dehors, le pédicule suit et on le lie solidement. Dans les cas favorables cette opération peut être conduite d'un bout à l'autre sans qu'il y ait besoin de mettre la main dans la cavité abdominale. On fait presque une opération extra-péritonéale, ce qui n'est pas sans importance au point de vue de sa bénignité.

Telle est l'opération pour ainsi dire idéale. Mais elle est loin d'être toujours aussi simple et les principales difficultés qu'elle peut présenter lui viennent des *adhérences* souvent très étendues et très intimes que la poche kystique contracte avec les organes voisins.

Ces adhérences doivent être détachées avec beaucoup de soin et en même temps beaucoup de douceur. Pour y parvenir, le meilleur instrument est le doigt, qui apprécie la souplesse, la

résistance des tissus, qui s'insinue dans les plans de clivage et qui, aidé de l'œil, parvient souvent, pour peu que le chirurgien ait quelque adresse et quelque expérience, à séparer et à isoler la poche kystique des organes auxquels elle paraissait absolument unie.

Les adhérences récentes sont, en général, très faciles à détruire et à leur niveau la séparation des organes marche

Fig. 177.
Kyste de l'ovaire avec adhérences au pôle supérieur.

ordinairement à souhait. Il n'en est pasde même des adhérences anciennes, souvent épaisses et résistantes. Il faut alors, surtout au niveau de l'intestin, beaucoup d'attention et de prudence. La paroi intestinale est souvent beaucoup moins résistante et moins solide que les adhérences. Si donc on tire un peu sur elle, c'est la paroi qui cédera. C'est un accident dont il ne faut pas s'effrayer outre mesure, mais qu'il faut cependant s'efforcer d'éviter. Parfois on s'aperçoit d'un commencement de déchirure de la paroi intestinale à l'aspect des fibres musculaires lisses qui se détachent de la muqueuse, et permettent ainsi de reconnaître l'accident avant qu'il se soit produit. Quoi

qu'il en soit, si l'on vient à ouvrir l'intestin on fermera l'ouverture par une suture à la soie ou au catgut fin.

Mieux vaut, lorsque les adhérences paraissent solides, éviter de tirer sur elles au risque d'ouvrir l'intestin. On peut alors avec des ciseaux disséquer la paroi kystique et l'exciser soit en passant dans son épaisseur, soit, si elle est mince, en la laissant tout entière adhérente à l'intestin avec lequel on l'abandonne.

Fig. 178.

La main s'insinue vers le pôle inférieur, à la recherche du pédicule, pour l'attaquer en premier lieu et faire ensuite basculer le kyste.

Il est bien entendu que, si cette paroi était végétante, il faudrait l'enlever à tout prix plutôt que de laisser dans le ventre cette graine de récidive.

Parfois, lorsque les adhérences à la paroi abdominale sont très intimes, on est conduit à enlever avec le kyste le péritoine pariétal et même l'aponévrose qui le double.

Quelquefois le pôle supérieur du kyste est le seul qui présente des adhérences, avec l'épiploon ou le côlon, par exemple (fig. 177). Le pôle inférieur, vers le pédicule, est au contraire

libre. Dans ces conditions, il faut, si possible, s'attaquer d'abord à la partie inférieure libre, et sectionner le pédicule (fig. 178). On décortique alors le kyste de bas en haut, des parties libres vers les parties adhérentes. L'opération est en général rendue beaucoup plus simple ; le clivage se fait pour ainsi dire tout seul, et l'on est étonné de la facilité avec laquelle se sépare un kyste dont les adhérences paraissaient très solides lors-

Fig. 179.
Marsupialisation d'un kyste inextirpable.

qu'on s'attaquait à elles par la partie supérieure de la tumeur.

Il peut cependant être impossible de séparer la paroi kystique des organes auxquels elle est soudée. Il reste alors une ressource qui, pour n'être qu'un pis-aller, peut encore permettre de sauver des malades qui, sans elle, mourraient inévitablement. C'est la *marsupialisation* de la poche. La poche ouverte et vidée de son contenu est réséquée en partie, au niveau de sa face antérieure et ses parois sont fixées aux lèvres péritonéales de la partie inférieure de la plaie. De cette façon l'intérieur de la poche communique avec le dehors (fig. 179).

On la tamponne. Elle diminue peu à peu sous l'influence de la poussée des organes abdominaux ; elle bourgeonne, suppure

et se comble au bout d'un certain temps. Malgré les chances d'infection et les longueurs d'une suppuration chronique la guérison survient souvent par cette façon de procéder, qu'il ne faut pas, faute de mieux, hésiter à mettre en pratique.

En dehors de ces difficultés, dues aux adhérences, on peut en rencontrer d'autres causées par certaines dispositions particulières et dans le détail desquelles il m'est impossible d'entrer.

On trouve quelquefois des kystes enclavés dans le bassin et qu'il est assez difficile d'en extraire. La ponction rend ici de grands services, mais elle peut être difficile à faire convenablement à cause de la profondeur du kyste.

Parfois le kyste est très difficile à pédiculiser ou plutôt le pédicule, extrêmement court, est constitué par le ligament large tout entier. On peut alors effondrer le ligament large et sectionner en deux tronçons liés séparément, le pédicule des vaisseaux utéro-ovariens, en dehors, et le pédicule qui se fixe sur la corne utérine, en dedans. La trompe, dans ces conditions, est enlevée avec le kyste. On a parfois avantage à faire la manœuvre inverse, et lorsque le kyste se pédiculise mal, à couper la trompe et le ligament utéro-ovarien à leur insertion sur la corne utérine, puis à basculer le kyste en dehors et à couper secondairement, de bas en haut, les vaisseaux utéro-ovariens.

Dans toutes ces manœuvres, il est très utile d'aller saisir le fond de l'utérus avec une pince, et de l'attirer vers le haut. On soulève ainsi, en même temps, l'insertion profonde du kyste.

Enfin certains kystes, en général d'un volume moyen, inclus dans le ligament large peuvent présenter, dans leur ablation, des difficultés exceptionnelles. Ils remplissent d'un côté le fond du petit bassin, ils sont sans pédicule, ils adhèrent à l'utérus, sont immobilisables et ne se laissent pas attirer vers le haut.

Il faut alors inciser ou déchirer le péritoine qui les recouvre et qui fait partie du ligament large, et les isoler rapidement des organes qui les entourent. Ici il n'y a point d'adhérences séreuses, puisque le kyste est hors de la cavité péritonéale. Le

iliaque gauche. L'opération permit de constater qu'il s'agissait d'un fibrome.

Lorsqu'on se trouve en présence de cette dernière tumeur, les signes peuvent demeurer les mêmes pendant un temps fort

Fig. 188.

Fibro-sarcome de l'ovaire, avec deux petits kystes paratubulaires pédiculés (Labadie-Lagrave et Legueu).

long, car le fibrome met des années à grossir. Mais l'on peut voir tout à coup la tumeur augmenter de volume et une ascite se développer. Il y a bien des chances alors pour que le fibrome soit en train de se transformer en tumeur maligne et d'évoluer en fibro-sarcome. L'ascite a cependant été observée dans le fibrome pur, mais sa présence ne peut guère qu'induire en erreur, car elle accompagne bien plus communément les tumeurs malignes.

est venu greffer des bourgeons sur l'utérus. Il est alors prudent de le sacrifier.

Ce sont là des cas qui ne sont pas très rares. Quénu, Pauchet en ont publié des observations, et Ranson [1] a fait tout récemment paraître une thèse sur ce sujet.

Quand les lésions sont doubles et pour peu qu'elles soient compliquées, pour peu surtout que le développement des tumeurs se fasse vers le ligament large, l'hémisection utérine facilitera comme toujours beaucoup la besogne. Dans les cas simples, tous les procédés sont bons.

Je n'ai rien à dire sur les *accidents* et les *complications* de l'ovariotomie. Ce sont ceux de toutes les interventions abdominales. Ce sont avant tout des accidents d'infection péritonéale, aujourd'hui tout à fait exceptionnels et d'autant plus rares que la maladie a été traitée plus près du début de son affection.

Une complication relativement fréquente est l'*occlusion intestinale*. Adenot et Legueu invoquent pour l'expliquer un mécanisme un peu particulier et qui semble démontré par leurs observations : une coudure se produit au niveau de l'extrémité gauche du côlon transverse, qui tombe brusquement lors de la suppression brusque du kyste qui le soutenait. La traction du ligament colique sous-costal gauche agit sur l'angle du côlon et suffit à produire l'occlusion. Cette notion est très importante et si, après une ovariotomie, des phénomènes d'occlusion font leur apparition, il n'y a aucune hésitation à avoir. Il faut rouvrir le ventre, aller voir au niveau du pédicule et du petit bassin, où il peut toujours y avoir quelque chose, et si l'on ne trouve rien, aller immédiatement examiner l'angle gauche du côlon transverse.

L'ovariotomie, autrefois si meurtrière, est une des opérations abdominales qui donnent les meilleurs résultats. Dans les cas simples on peut dire que la mortalité est à peu près nulle,

[1] Ranson. Étude sur l'hystérectomie abdominale appliquée au traitement de kystes et des tumeurs solides de l'ovaire. Thèse de Paris, 1901.

mais comme les cas ne sont pas toujours simples, comme il y a des kystes tordus, inclus, adhérents, suppurés, comme il y a des cas mauvais, et même très mauvais, je pense que la mortalité globale de cette opération, comme celle des autres interventions sur les annexes, peut être actuellement évaluée à 5 p. 100 ou à peu près.

Les accidents éloignés sont en général nuls, si un des ovaires a été laissé en place. Si les deux ovaires ont été sacrifiés, comme il arrive souvent, le second ovaire étant quelque peu kystique, il peut y avoir quelques troubles, poussées congestives, bouffées de chaleur, phénomènes psychiques qui incommodent plus ou moins les malades, et qu'un traitement opothérapique bien conduit peut d'ailleurs souvent atténuer dans de grandes proportions.

Mais, nous l'avons vu, il faut toujours songer à la *récidive*, qui n'est pas très rare, soit sur l'autre ovaire, où il ne s'agit pas en réalité d'une récidive, mais bien du développement d'une nouvelle tumeur sous l'influence qui avait fait se développer la première, soit à distance, en un point où s'étaient greffées les végétations épithéliales du kyste. Contre ces récidives il n'y a à peu près rien à faire, et j'ai personnellement assisté à la fin lamentable d'une jeune femme opérée d'un kyste uniloculaire très simple contenant 19 litres de liquide. Il y avait à peine quelques adhérences dans la région épigastrique. Quelques mois après j'assistai au développement au niveau du point où siégeait cette adhérence d'un cancer qui infiltrait la paroi, l'estomac et le foie, et qu'une opération très étendue ne put ni guérir, ni même retarder dans sa marche.

II

TUMEURS DES ANNEXES

OVAIRES ET TROMPES. LIGAMENT LARGE. LIGAMENT ROND

Bien que les kystes de l'ovaire soient en réalité des néoplasmes véritables, ils ont une telle individualité et une telle importance clinique qu'il est nécessaire de les décrire à part. Il n'en est pas de même des autres tumeurs annexielles, dont l'importance est beaucoup moindre et dont la description sera brève.

A la suite des tumeurs des ovaires et des trompes, j'étudierai les affections analogues du ligament large et du ligament rond qu'on doit au point de vue pathologique, sinon anatomique, considérer comme des annexes de l'utérus.

I

TUMEURS ET NÉOPLASMES DE L'OVAIRE

A. TUMEURS VÉGÉTANTES

A côté des kystes de l'ovaire, prennent immédiatement place les tumeurs végétantes. Il n'y a même, au moins au point de vue anatomo-pathologique, aucune ligne de démarcation entre les tumeurs végétantes et les kystes papillaires dont j'ai parlé au chapitre précédent. Les uns et les autres sont des épithéliomas à marche plus ou moins rapide, à caractère plus ou moins envahissant. Mais il n'y a en réalité aucune différence essentielle de structure.

Ces tumeurs végétantes ont cependant une allure clinique assez particulière pour mériter une description spéciale[1].

Anatomie pathologique. — Une partie de ces tumeurs végétantes revêt la forme kystique. Ce sont les kystes à végétations envahissantes dont j'ai parlé dans le précédent chapitre. Je n'y reviens pas.

Mais il en est d'autres qui, au moins au point de vue macroscopique, ne présentent pas de formations kystiques; ce sont des tumeurs exclusivement constituées par des végétations papillaires. Elles n'acquièrent pas, et de beaucoup, le volume des précédentes, et il est rare de leur voir dépasser la grosseur d'une tête d'enfant.

Enfin il en existe une troisième variété, qu'on rencontre beaucoup plus rarement. L'ovaire a conservé à peu près sa forme et son volume, mais il est comme verruqueux; c'est un papillome superficiel. D'après la comparaison de Patton, « on le dirait enduit d'une substance visqueuse et saupoudré ensuite d'un sable sec et fin ».

Les végétations qui forment ces tumeurs présentent une extrême variabilité dans leurs dimensions, leur aspect et leur disposition. Les unes sont transparentes et gélatiniformes, ou au contraire rosées ou rouges, charnues, arrondies comme certaines fongosités, hérissées de petites papilles irrégulières comme certains papillomes. Elles sont sessiles ou pédiculées, isolées ou agglomérées en grosses masses bourgeonnantes, mamelonnées, en forme de choux-fleurs, ou au contraire, lorsqu'elles sont petites et serrées, disposées en plaques presque lisses et d'aspect velvétique. Elles peuvent recouvrir complètement la tumeur, déborder même ses limites et empiéter sur les organes voisins, sur le péritoine qui recouvre l'utérus et les parois pelviennes (fig. 180). Elles se soudent ainsi, disséminant, semant et greffant pour ainsi dire des végétations

[1] W. Cazenave. Des tumeurs papillaires de l'ovaire avec métastase péritonéale. Thèse, Paris, 1895.

secondaires qui, à l'œil nu, ont le même aspect, et au microscope, la même structure.

Celle-ci n'est autre que la structure de l'*épithélioma*. Le stroma conjonctif des végétations, qui, avec quelques vaisseaux, forme leur charpente, est recouvert d'une couche épithéliale

Fig. 180.
Papillomes des deux ovaires, vus en place, par derrière (KELLY).

cylindrique ou à cils vibratiles. Celle-ci est régulière ou au contraire formée de plusieurs assises de cellules atypiques et polymorphes comme on les observe dans tous les cas de dégénérescence épithéliale. A côté des végétations, on trouve des invaginations épithéliales, des tubes néoformés identiques à ceux que l'on rencontre dans les processus néoplasiques de même ordre.

Sans insister sur tous ces détails histologiques bien étudiés par PFANNENSTIEL et qui sont parfaitement résumés dans la thèse de CAZENAVE[1], il est probable que le développement de

[1] CAZENAVE. *Loc. cit.*

ces végétations est au fond le même dans toutes les formes de tumeurs végétantes. Les végétations naissent et prolifèrent sur la surface interne des kystes. Lorsque les cavités kystiques sont volumineuses, comme dans les grands kystes de l'ovaire, les végétations s'y développent librement et peuvent atteindre un volume considérable ; ce n'est que lorsque la poche est remplie par les végétations que celles-ci, continuant à s'ac-

Fig. 181.

Épithélioma kystique de l'ovaire (Marien).

C, cavité kystique remplie d'éléments épithéliaux et de mucus. — CK, cavités kystiques. — S, stroma fibreux.

croître, crèvent la paroi kystique et deviennent extérieures. C'est ainsi que les grands kystes de l'ovaire prennent l'aspect de tumeurs végétantes et acquièrent en même temps un certain caractère de malignité. Dans les tumeurs peu volumineuses, il en est de même, et il « semble qu'on ne doit pas admettre la prolifération papillaire d'emblée, même pour le papillome superficiel. Dans ce dernier type l'aspect papillaire résulte de la rupture précoce des nombreuses et minuscules cavités végétantes. »

Suivant que les cellules épithéliales qui recouvrent les végétations s'éloignent plus ou moins du type régulier, suivant que leur prolifération est plus ou moins désordonnée, la tumeur, comme il est de règle dans les processus épithéliomateux, est

plus ou moins maligne. Le néoplasme le plus envahissant est en effet celui qui présente l'épithélium le plus atypique. Les

Fig. 182.

Épithélioma kystique malin de l'ovaire (MARIEN).

a, travées conjonctives. — *e*, alvéoles remplis de cellules épithéliales. — *k*, petits kystes développés au sein des éléments épithéliaux.

tumeurs végétantes de l'ovaire se comportent comme les autres.

Lorsque l'épithélium cylindrique est à peu près régulier d'aspect et d'arrangement, la tumeur, dont la malignité est moins grande, mérite le nom d'*adénome papillaire* que lui a donné PFANNENSTIEL.

Lorsque l'épithélium prend le caractère métatypique, la malignité de la tumeur augmente et celle-ci devient l'*adénocarcinome papillaire*, qui n'est autre chose qu'une épithélioma véritable (fig. 181, 182).

Quelquefois le tissu conjonctif qui forme le stroma des végétations prend part à la dégénérescence, et l'on rencontre dans les végétations des parties dont l'aspect rappelle celui du sarcome. Il y a là une nouvelle variété de tumeurs, qui seraient des *adéno-sarcomes papillaires*, si tant est qu'il ne faille pas faire des réserves formelles sur cette association du sarcome et des tumeurs épithéliales.

Presque toutes les tumeurs végétantes sont *bilatérales*, et elles ont une tendance particulière à s'infiltrer dans le ligament large, peut-être, comme le pense Cazenave, parce que, au moment de leur début, les végétations trouvent moins de résistance du côté du tissu cellulaire du hile ovarien et du ligament large que du côté du tissu ovarien lui-même, beaucoup plus dense.

Quoi qu'il en soit, elles s'étendent plus volontiers dans le petit bassin que vers la cavité abdominale. Elles remplissent le ligament large, adhérant plus ou moins aux organes qui y sont contenus, se fixant au bord utérin qui peut parfois être recouvert et même envahi par les végétations. Souvent il est immobilisé comme dans certaines suppurations pelviennes.

Peu à peu les tumeurs végétantes se propagent sur le péritoine qu'elles détruisent. Elles peuvent en même temps gagner le plancher pelvien, par la voie du ligament large. Si les poches intra-ligamenteuses, lorsqu'il en existe, restent closes, la tumeur peut rester encore à peu près encapsulée et énucléable dans le tissu cellulaire du ligament large. Mais si les végétations viennent à crever les poches et se répandent dans le tissu cellulaire en entrant en connexion avec tous les organes qui y sont contenus, avec le rectum, avec les vaisseaux, avec les os du bassin, on conçoit que l'énucléation de la tumeur puisse devenir impossible.

Parfois les tumeurs végétantes peuvent s'insinuer dans le mésocôlon iliaque, dans le mésentère lui-même et arriver

ainsi au contact de l'intestin au niveau de son bord adhérent. Mais la greffe sur la surface intestinale est beaucoup plus commune. La cavité péritonéale tout entière peut se recouvrir d'un semis de végétations qui naissent et se développent sur l'intestin, l'épiploon, le péritoine pariétal, le foie, et qui vont même se *généraliser* par voie sanguine ou lymphatique dans des organes éloignés.

Tous ces phénomènes ne se produisent pas en général sans qu'on voie apparaître l'*ascite*. Celle-ci est fréquente. Le liquide qui la constitue est souvent séreux et citrin, parfois rosé ou même rouge, riche en globules sanguins et franchement hémorragique, quelquefois plus ou moins gélatineux. Cette ascite contient beaucoup plus de matériaux fixes que les ascites ordinaires, 100 à 106 gr. par litre, au lieu des 75 à 80 gr., qui, d'après Quénu, seraient la moyenne.

Cette ascite, due sans doute à la sécrétion des végétations, est souvent le premier symptôme qui attire l'attention. Elle se reproduit facilement et rapidement après ponction, et cette constante reproduction peut quelquefois devenir une indication opératoire pressante.

Symptômes et diagnostic. — C'est en général l'apparition de l'ascite qui attire l'attention de la malade, car ici, comme dans la plupart des néoplasmes, même les plus mauvais, les douleurs, au début, sont généralement nulles.

Si l'on vient à palper le ventre, on sent alors souvent, à moins qu'il ne soit trop distendu par l'ascite, des tumeurs profondes, des irrégularités, qui font sentir leur résistance lorsqu'on déprime brusquement la paroi abdominale en refoulant le liquide péritonéal. Si le ventre est au contraire distendu par le liquide, une ponction, en l'évacuant, permettra de recueillir les mêmes sensations.

Le toucher bimanuel donne les renseignements les plus précieux. Les annexes sont augmentées de volume, souvent des deux côtés, mais les ligaments larges sont, en général, plus ou moins envahis, et le doigt sent, de chaque côté du col, des masses plus ou moins dures, bosselées, irrégulières, ou plus communément

une infiltration diffuse qui englobe l'utérus et l'immobilise comme la gangue inflammatoire et les poches purulentes des salpingo-ovarites.

Dans les cas un peu avancés, les masses néoplasiques sont faciles à sentir au-dessus du pubis et on peut sans peine apprécier leur volume, leur situation et parfois même leurs connexions.

Dans ces conditions, on pourrait facilement confondre les tumeurs végétantes avec des *suppurations pelviennes*, si la présence de l'ascite ne venait écarter formellement ce diagnostic. Mais dans les tumeurs sans ascite, il est très difficile de reconnaître les deux affections. Ce sont surtout les commémoratifs, l'absence de fièvre, de sensibilité, le retentissement sur l'état général, qui permettront d'éliminer l'hypothèse d'une suppuration péri-utérine. S'il y a de l'ascite, on peut en revanche confondre ces lésions avec celle d'une *péritonite tuberculeuse* accompagnée de graves lésions du petit bassin. Ce sont encore des symptômes autres que ceux tirés de l'examen direct du petit bassin, et au besoin l'examen cytologique du liquide ascitique retiré par ponction, qui permettront de ne pas se tromper dans un diagnostic aussi difficile.

On peut, en outre, confondre ces tumeurs avec la plupart des affections utérines et péri-utérines qui donnent lieu à des modifications anatomiques du contenu pelvien, et discuter de nouveau ces questions de diagnostic serait répéter ici, presque mot pour mot, ce qui a été dit à propos du diagnostic des salpingites et des kystes de l'ovaire.

L'*évolution* de ces tumeurs est très variable et dépend de leur malignité. Rien ne peut d'ailleurs la faire prévoir. Un certain nombre qui, au toucher, pouvaient sembler malignes, à cause de l'envahissement du péritoine pelvien et des adhérences avec l'utérus et les organes voisins, sont, au contraire, des tumeurs bénignes, décorticables, énucléables et qui peuvent guérir complètement après extirpation. Lorsque l'ascite apparaît, c'est en général que la tumeur en est arrivée à la période des greffes, et cette particularité assombrit singulièrement le pronostic, bien qu'on ait vu des malades guérir et la guérison

se maintenir pendant plusieurs années. Ce sont ces formes qui correspondent à l'*adénome papillaire* de PFANNENSTIEL.

Les *adéno-carcinomes*, au contraire, ont une marche rapide, envahissent successivement tous les tissus du bassin, inondent le péritoine d'une ascite qui favorise les greffes lointaines, et tuent en général les malades dans un délai de six mois à un an. L'opération guérit et guérit souvent sans récidive les premières de ces malades. Les autres succombent souvent à l'intervention, même lorsqu'elle est simplement exploratrice, tant est compromise chez ces malades la résistance vitale, et lorsqu'elles guérissent, c'est presque toujours pour retomber très rapidement en pleine récidive.

Traitement. — Il n'en faut pas moins les opérer, car nul ne sait, en présence d'une tumeur végétante de l'ovaire, quelle est celle qui guérira et celle qui ne guérira pas. Et l'on doit, en somme, faire courir à des malades fatalement condamnées dans un délai assez bref, la seule chance de guérison qui leur reste. Il faut les opérer parce qu'il y a des guérisons, et des guérisons durables, et que c'est là, par conséquent, une affection qui, dans certains cas, peut être circonscrite et enlevée en totalité.

Il est impossible de décrire une opération de ce genre. Elles sont trop irrégulières, trop dissemblables pour se prêter à une description quelconque. Il ne faut pas se hâter, dès qu'il y a des adhérences solides, de dire que la tumeur est inopérable. En dehors de certains cas qui dépassent manifestement les bornes de ce qu'il est possible de faire, l'inopérabilité dépend beaucoup plus du chirurgien que de l'affection elle-même, et tel chirurgien juge facile une opération que tel autre déclare impraticable.

Pour moi, je considère, en règle générale, comme opérable toute tumeur encore mobile, quelles que soient les adhérences qu'elle présente avec les organes voisins, et lorsqu'il n'y a, bien entendu, aucun signe de généralisation ou d'envahissement lymphatique éloigné. Une tumeur mobile est une tumeur extirpable, donc elle doit être extirpée.

Comment doit-elle être extirpée? Cela dépend des cas et il est

impossible, pour ces évidements du petit bassin, ces curages du ligament large, de donner des règles précises.

Il faut toujours, étant donné la tendance à la bilatéralité, supprimer les deux ovaires, qu'ils soient malades ou non.

Dans un grand nombre de cas, on se trouvera bien d'extirper en même temps l'utérus, parce qu'il est souvent adhérent, malade, envahi lui-même et aussi parce que, dans les cas de lésions doubles, son extirpation facilite singulièrement l'extirpation des masses néoplasiques [1]. Ici, et pour les mêmes raisons que dans les annexites suppurées, l'hémisection utérine rend les plus grands services en permettant d'attaquer la masse à enlever de bas en haut, par la partie généralement libre du ligament large.

On sera bien souvent obligé, dans ces cas, de laisser un tamponnement à la gaze pour éviter l'hémorragie, le sang suintant souvent de tous côtés après ces opérations, et on fera sagement aussi d'établir un drainage soigné, soit par le vagin, soit par un tube abdominal.

B. TUMEURS SOLIDES DE L'OVAIRE

On observe dans l'ovaire plusieurs néoplasmes qui, bien que de nature différente, présentent comme caractère commun d'être durs, compacts, résistants, ou de sembler tels. La plupart du temps leurs caractères cliniques ne permettent pas de les différencier, aussi est-il préférable, pour éviter d'inutiles répétitions, de les décrire tous ensemble.

Anatomie pathologique. — Sans parler des *enchondromes*, tout à fait exceptionnels et qui constituent une véritable curiosité pathologique, on ne rencontre guère, au niveau de l'ovaire, comme tumeurs vraiment solides, que les *fibromes*, les *sarcomes* et certains *épithéliomes*.

[1] Voir RANSON. *Loc. cit.* Th. Paris, 1901.

Fibromes. — Ces tumeurs, assez rares, sont en général d'un volume moyen, petits quand ils sont purs, plus gros quand ils sont combinés avec des tissus sarcomateux ou myxomateux. Ils sont irréguliers, marronés, durs, avec des excroissances et des mamelons séparés par des sillons profonds (fig. 183, 184, 185, 186). L'ovaire a presque toujours complètement disparu. Le fibrome s'est substitué à lui. Il possède généralement un pédicule

Fig. 183.

Fibrome kystique de l'ovaire (Labadie-Lagrave et Legueu).

Le kyste est ouvert et laisse voir le fibrome dans son intérieur.

long et mince et est tout à fait indépendant de la trompe (fig. 184), comme l'a fait remarquer Léopold. Quelquefois cependant, il s'insinue entre les feuillets du ligament large, ce qui modifie complètement son aspect clinique. Parfois aussi il peut être inclus dans une cavité kystique (fig. 183).

Au point de vue histologique, ces tumeurs sont parfois des *fibromes purs*, parfois des *fibro-myomes*, absolument analogues à ceux de l'utérus et présentant dans leur trame des fibres musculaires lisses. Il peut y avoir aussi des éléments embryonnaires, et la tumeur devient alors un *fibro-sarcome*. Enfin on y peut rencontrer de petites cavités kystiques dues soit au dé-

C'est un épithélioma tubulé, avec formations kystiques. Il vient donc de l'épithélium ovarien. Cependant on a trouvé quelquefois des lobules analogues à ceux que l'on rencontre

Fig. 186.
Fibrome de l'ovaire (KELLY).

dans l'épithélioma pavimenteux stratifié. Il y a lieu de se demander si, dans ces cas, le cancer ne s'est pas développé aux dépens de quelque kyste dermoïde disparu, car il n'y a qu'une tumeur de ce genre qui puisse, dans l'ovaire donner naissance à un épithélioma pavimenteux.

Il y a aussi certaines tumeurs, des *endothéliomes* d une origine encore obscure. Le premier cas a été signalé par LÉOPOLD, et BROUHA vient de leur consacrer une étude récente [1]. Ils se for-

[1] BROUHA. Endothéliome de l ovaire. *Rev. de gynécol. et de chir abdom.*, 1900, p. 435.

meraient aux dépens des vaisseaux lymphatiques. Mais, au point de vue clinique, ils ne diffèrent en rien des épithéliomas ordinaires, dont ils n'ont cependant pas toujours la malignité.

Fig. 187.
Épithélioma de l'ovaire (tumeur solide avec kyste à droite) (Labadie-Lagrave et Legueu).

Symptômes. — Au début, les phénomènes par lesquels se traduisent ces diverses tumeurs solides sont à peu près les mêmes : Douleurs souvent nulles, vague sensation de pesanteur dans le ventre, quelquefois névralgies dans les sphères d'irradiations pelviennes. Les règles ne présentent en général aucun trouble, et c'est par hasard que les malades s'aperçoivent de leur tumeur, à moins que le chirurgien consulté pour des troubles vagues ne la reconnaisse au toucher. Elle est en général dure, bosselée quand il s'agit d'un fibrome, plus régulière quand c'est un sarcome, souvent très mobile, et je me souviens d'avoir observé dans le service de Le Dentu, chez une jeune femme, une tumeur d'une telle mobilité qu'on pouvait la faire passer sans difficultés de la fosse iliaque droite dans la fosse

iliaque gauche. L'opération permit de constater qu'il s'agissait d'un fibrome.

Lorsqu'on se trouve en présence de cette dernière tumeur, les signes peuvent demeurer les mêmes pendant un temps fort

Fig. 188.

Fibro-sarcome de l'ovaire, avec deux petits kystes paratubulaires pédiculés (LABADIE-LAGRAVE et LEGUEU).

long, car le fibrome met des années à grossir. Mais l'on peut voir tout à coup la tumeur augmenter de volume et une ascite se développer. Il y a bien des chances alors pour que le fibrome soit en train de se transformer en tumeur maligne et d'évoluer en fibro-sarcome. L'ascite a cependant été observée dans le fibrome pur, mais sa présence ne peut guère qu'induire en erreur, car elle accompagne bien plus communément les tumeurs malignes.

Si le cancer peut, pendant quelque temps, présenter les allures d'une tumeur bénigne, son évolution ne tarde pas, en général, à renseigner sur sa véritable nature.

L'ascite apparaît souvent alors que les douleurs et les troubles pelviens avaient à peine attiré l'attention de la malade. En même temps, l'état général s'altère, la malade maigrit et voit disparaître ses forces.

Au toucher on peut constater que la tumeur s'immobilise, devient irrégulière, douloureuse, remplit peu à peu le bassin, qu'elle dépasse bientôt par en haut. Bref on constate qu'elle augmente, en se diffusant peu à peu.

Des troubles du côté du rectum et de l'intestin, parfois même de l'occlusion intestinale, des troubles urinaires, du ténesme vésical, apparaissent successivement ou simultanément, et la malade finit par mourir dans un délai qui n'est pas en général supérieur à dix-huit mois ou deux ans.

Le *diagnostic* de ces tumeurs est en général des plus difficiles, et au début elles sont presque toujours confondues avec une affection péri-utérine quelconque, salpingite, grossesse tubaire, etc. Il n'y a guère qu'un signe qui puisse les faire reconnaître, c'est leur extrême *mobilité* qui va parfois jusqu'à un véritable ballottement pelvien. Encore peut-on les confondre avec un kyste de l'ovaire, un fibrome utérin pédiculé, mais elles sont en général plus denses et moins rénitentes.

Quant à les distinguer les unes des autres et savoir si l'on se trouve en présence d'un fibrome, d'un sarcome ou d'un carcinome,—au début, on ne peut guère que faire des hypothèses, mais la marche de la maladie permet bientôt de voir si la tumeur est bénigne ou maligne. Si la tumeur reste stationnaire, sans retentissement général, sans ascite, sans adhérences, c'est un fibrome. Si elle progresse et envahit, si l'ascite se montre, si l'état général s'altère, si la cachexie apparaît, c'est une tumeur maligne. Quant à reconnaître cliniquement le sarcome de l'épithéliome, il n'y faut pas songer, la chose est impossible, et les histologistes eux-mêmes, pièces en main, s'y trompent quelquefois.

Et d'ailleurs cette question du diagnostic est en réalité secondaire. Quelle que soit la tumeur, le *traitement* est identique. Il faut l'extirper. La laparotomie permettra d'enlever en quelques minutes, et avec des chances presque certaines de guérison opératoire toutes ces tumeurs lorsqu'elles sont pédiculées. Le fibrome ne reviendra pas; le sarcome et l'épithéliome pourront au contraire reparaître et récidiver. Mais cette récidive est loin d'être fatale, et à propos des sarcomes, LANGMEISTER cite 16 malades qui sont restés guéries de quatre à seize années.

Si la tumeur est indubitablement maligne et a commencé à se généraliser, il est évident qu'il faudra s'abstenir. Mais s'il y a un doute quelconque sur son opérabilité, si elle est mobile en masse, si l'état général n'est pas trop grave, il faudra pratiquer la laparotomie, quitte à s'en tenir à une simple exploration s'il est matériellement certain, une fois le ventre ouvert, que l'opération est absolument impossible. En dehors de ces cas, il faut marcher, car tout cancer anatomiquement extirpable doit être extirpé.

II

TUMEURS DE LA TROMPE

Les tumeurs de la trompe sont exceptionnelles.

Les *petits kystes* du pavillon, développés aux dépens de l'hydatide de Morgagni, d'autres petits kystes qu'on voit appendus sur le bord supérieur du ligament large et qui se développent sans doute aux dépens des vestiges du canal de Wolff, n'ont aucune importance clinique.

DOLERIS a observé un kyste hydatique de la trompe.

Il y a aussi quelques observations de fibromes de la trompe qui font saillie sous la séreuse, sans oblitérer la lumière du canal tubaire et POZZI a observé une *tumeur dermoïde*.

Les seules tumeurs de la trompe qui aient une histoire clinique sont les *tumeurs papillaires* qui peuvent d'ailleurs être

bénignes ou *malignes*. On trouvera leur histoire complète dans les thèses récentes de Macrez [1] et de Danel [2] auxquelles je renvoie pour beaucoup de détails que je ne puis donner ici.

TUMEURS PAPILLAIRES

Elles constituent à peu près exclusivement toutes les tumeurs de la trompe. Mais elles n'en sont pas moins fort différentes les unes des autres, puisque, bien qu'elles aient toutes l'aspect papillaire, les unes sont bénignes et sont de simples *papillomes* et les autres sont malignes et sont de véritables *épithéliomes*.

Fig. 189.
Papillome de la trompe (Doleris).

Anatomie pathologique. — Extérieurement la tumeur ressemble à une trompe kystique (fig. 191). Elle est arrondie, du

[1] Macrez. Des tumeurs papillaires de la trompe de Fallope. Thèse de Paris, 1899.

[2] Danel. Essai sur les tumeurs malignes primitives de la trompe utérine. Thèse Paris, 1899.

volume d'une orange ou d'une tête de fœtus, d'une couleur grisâtre, ardoisée, rappelant celle d'un kyste de l'ovaire, mais ne présentant pas de vaisseaux à sa surface. Elle a en somme l'aspect d'une salpingite kystique commune qui peut être indépendante des organes voisins ou contracter avec eux des adhériées variables. Dans les cas de tumeur maligne avancée, la surface de la trompe kystique peut présenter des noyaux néoplasiques, qui peuvent s'étendre aux parties voisines.

Fig. 190.

Papillome de la trompe (d'après Alban Doran) (Thèse Macrez).

La trompe a été divisée suivant son bord supérieur et a été éversée montrant des masses papillomateuses qui viennent de la muqueuse.

Mais dès qu'on ouvre la poche kystique les phénomènes changent et son aspect n'est plus celui d'une trompe simplement infectée. Sa face interne est, en effet, tapissée de végétations soit *villeuses*, soit *papillaires* (fig. 189, 190).

« Dans le *type villeux*, la villosité s'implante sur la paroi; elle est plus ou moins longue. Certaines sont divisées à leur extrémité libre. Ces villosités sont cylindriques ou conoïdes, quelques-unes sont en forme de massue. Elles sont indépendantes les unes des autres. Elles paraissent semées sur la face

interne de la trompe et donnent à celle-ci l'aspect velvétique. » (MACREZ.)

« Dans le *type papillaire* on se trouve sans doute en présence d'un stade plus avancé. Les papillomes ont une base d'implantation généralement ténue ; les différentes petites tu-

Fig. 191.
Tumeur salpingienne végétante (face antérieure) (DOLERIS).

meurs qui constituent les grosses sont indépendantes les unes des autres et ne sont confondues entre elles que dans le cas d'épithélioma avéré.

« La partie libre de ces papillomes peut être kystique et SÆNGER et BARTH décrivent de simples papillomes et des papillomes à vésicules kystiques.

« La partie libre de ces papillomes n'est jamais ulcérée dans les tumeurs bénignes.

« On peut rencontrer l'ulcération dans les cas d'épithélioma et alors un liquide sanieux les recouvre. » (MACREZ.)

Les orifices de la trompe peuvent être oblitérés ou, au contraire, rester perméables, et le liquide sécrété dans la cavité

tubaire peut s'écouler dans le péritoine en donnant lieu à de l'ascite, ou, au contraire, s'évacuer par le vagin.

Le liquide contenu dans la poche est d'aspect gommeux, de couleur citrin foncé. Dans les cas malins, il peut être sanguinolent.

Fig. 192.
La tumeur est ouverte et laisse voir les végétations intérieures (Doleris).

Au point de vue histologique on peut rencontrer, suivant la régularité de la prolification épithéliale, trois formes différentes.

La *forme papillomateuse*, dans laquelle les papilles à stroma conjonctif et vasculaire sont doublées d'une couche unique de cellules épithéliales cylindriques. En certains points on peut rencontrer deux et même trois assises de cellules.

La *forme adénomateuse*, souvent mélangée à la précédente, dans laquelle on rencontre des invaginations épithéliales dans la muqueuse et de véritables formations glandulaires (fig. 194).

Enfin la forme *épithéliomateuse*, dans laquelle on retrouve les dégénérations cellulaires atypiques et les invaginations tubu-

laires dans l'épaisseur de la muqueuse et les tissus sous-jacents.

Etiologie. — Il paraît certain que ces tumeurs ne se développent guère que chez des femmes qui ont présenté pendant longtemps des lésions de salpingite chronique. Il n'y a là rien

Fig. 193.

Papillome de la trompe de Fallope (Macrez, d'après Alban Doran).

Coupe d'une végétation montrant un espace limité par un épithélium. Au-dessous une partie de la même végétation grossie.

que de fort naturel et l'on connaît bien l'influence qu'ont les irritations et les infections chroniques sur la genèse des néoplasmes. C'est à cette cause qu'il faut attribuer, sans aucun doute, cette particularité que presque toutes ces tumeurs ont été rencontrées chez des femmes nullipares ou n'ayant eu qu'une grossesse à peine, et encore depuis fort longtemps. Le développement du néoplasme n'a rien à voir avec la stérilité relative ou absolue de ces femmes, mais le néoplasme et la stérilité doivent être attribuées à la même cause, c'est-à-dire à l'existence des lésions inflammatoires anciennes et chroniques du côté des trompes.

Symptômes et diagnostic. — Dans la grande majorité des cas les signes des tumeurs de la trompe sont ceux d'une salpingite commune. On sent dans le cul-de-sac latéral, une tumeur peu volumineuse, plus ou moins sensible, plus ou moins mobile suivant les cas et il est dans ces conditions à peu près impossible de songer à autre chose qu'à une salpingite. Il est

Fig. 194.
Coupe microscopique d'une adénome de la trompe de Fallope (MACREZ, d'après BLAND SUTTON).

donc presque fatal que ces tumeurs ne soient reconnues que pendant l'opération, ou même après l'opération.

Il n'y a guère qu'un signe qui, s'il est bien observé, peut mettre sur la voie du diagnostic. C'est un *écoulement vaginal* abondant, séreux ou aqueux, non purulent. Lorsque l'orifice de la trompe dans l'utérus est resté perméable, le liquide accumulé dans la poche tubaire et dans lequel baignent les végétations papillaires ou épithéliales peut être expulsé au dehors par la cavité utérine et le vagin. Mais on comprend combien cet écoulement est facile à confondre avec les écoulements multiples des voies génitales.

De même l'ascite, qui fait son apparition fréquente lorsque

l'orifice du pavillon de la trompe est perméable et qui peut présenter un certain caractère d'intermittence, sera bien difficile à distinguer de l'ascite qui accompagne les autres affections utéro-ovariennes.

En résumé, ces tumeurs de la trompe, bénignes ou malignes, sont presque toujours confondues soit avec des salpingites communes, soit, au moment où elles prennent une tournure maligne évidente, avec des tumeurs cancéreuses qu'on rapportera le plus souvent à l'ovaire, et il est à peu près impossible qu'il en soit autrement, si l'on songe à la rareté de ces tumeurs tubaires et à l'extrême fréquence des autres affections annexielles avec lesquelles on est exposé à les confondre.

Le *traitement* des tumeurs de la trompe est bien simple. Il n'y a pas autre chose à faire que de les extirper, et aussitôt qu'elles seront reconnues. La récidive est, en effet, fréquente lorsqu'on se trouve en présence de la forme éphitéliale et que les végétations ne sont plus renfermées dans la trompe distendue. On a donc tout intérêt à pratiquer des opérations précoces. J'ajoute qu'on doit, comme pour tous les cancers, extirper la trompe malade tant qu'il n'est pas évident qu'elle n'est pas extirpable. Cette opération ne diffère en rien d'une laparotomie ordinaire pour salpingite kystique ou tumeur ovarienne.

III

TUMEURS DU LIGAMENT ROND

La pathologie du ligament rond est des plus simples. Les maladies en sont extrêmement rares et on n'y rencontre guère que des *kystes* et des *fibromes*.

Kystes. — Les *kystes* se rencontrent surtout au niveau du point où le ligament rond traverse le canal inguinal. Du canal inguinal dans lequel ils se développent, ils peuvent descendre jusque dans la grande lèvre. Ils dépassent rarement le volume

d'un œuf de pigeon. Lorsqu'on les ouvre, le liquide qui s'en écoule est séreux. Leur paroi est lisse, mince et le ligament rond, qui leur adhère, apparaît à leur face interne sous la forme d'une saillie longitudinale qui repousse pour ainsi dire la paroi.

Il est probable que ces kystes ne sont pas, en réalité, développés aux dépens du ligament rond lui-même comme le pense Weber, qui les fait venir du gubernaculum de Hunter. Celui-ci n'est autre chose que le ligament rond embryonnaire et est primitivement creux.

Il est plus probable encore que ces kystes ne sont pas, ainsi que le pense Duplay, des sacs herniaires déshabités.

Il est, au contraire, vraisemblable qu'ils se développent aux dépens du canal de Nuck, diverticule péritonéal qui accompagne le ligament rond, et qui est l'homologue du canal vaginopéritonéal de l'homme. Ces kystes seraient donc analogues aux kystes du cordon.

Leur développement est lent, leur forme oblongue ; ils sont lisses, rénitents, parfois réductibles dans le ventre, quelquefois bilobés avec un étranglement au niveau de l'anneau inguinal externe. Leur indolence est complète et leur gravité nulle. Tout au plus apportent-ils une certaine gêne lorsqu'ils augmentent de volume.

Ils peuvent être confondus avec une hernie épiploïque qui n'a pas leur régularité, leur rénitence, et qui, d'autre part, possède un pédicule. L'entérocèle, qui peut également leur ressembler beaucoup, est sonore, alors qu'ils sont mats. La hernie de l'ovaire est douloureuse alors qu'ils sont indolents.

Le *diagnostic* en est donc en général facile, et bien que le *pronostic* en soit extrêmement bénin, malgré l'inflammation et la suppuration possibles, ils doivent être enlevés.

Le *traitement* le meilleur est en effet l'extirpation. La ponction suivie d'injection iodée serait acceptable si elle n'exposait aux accidents que peut entraîner la pénétration de la teinture d'iode dans la cavité péritonéale par suite d'une oblitération incomplète du canal de Nuck. Et puis il faut compter avec les erreurs de diagnostic possibles, avec les hernies.

et dans ce cas, le mieux est toujours d'opérer à ciel ouvert et de bien voir ce que l'on fait.

L'extirpation est d'ailleurs des plus simples. Elle peut, en général, se faire sous la simple anesthésie locale cocaïnique.

La dissection sera faite avec soin, en ouvrant au besoin le canal inguinal. On évitera de couper le ligament rond et on refermera le canal par quelques points de suture au catgut, de façon à prévenir la formation possible d'une hernie consécutive.

Fibromes. — Les *fibromes* du ligament rond sont fort rares. En 1896, Delbet et Heresco n'en ont trouvé que 16 cas, sur lesquels 4 siégeaient dans la portion abdominale et 12 dans la portion inguinale extérieure.

Fig. 195.
Fibro-myome du ligament rond (Kelly).

Ils sont presque toujours situés à droite (13 cas sur 17) et ne se rencontrent guère que chez des multipares.

Ce sont presque toujours, d'après Dort, des *fibro-myomes* (12 cas sur 13). On aurait rencontré seulement un fibro-sarcome.

[1] Voir Delbet et Heresco. Des fibromes de la portion abdominale du ligament rond. *Rev. de chir.*, 1896, p. 607.

Il y a aussi des fibro-myxomes.

Comme le fibrome de l'utérus, ils sont en général irrégulièrement lobulés.

Quant à leur volume, il est des plus variables. Ordinairement il ne dépasse guère celui d'un œuf de poule. Mais ils peu-

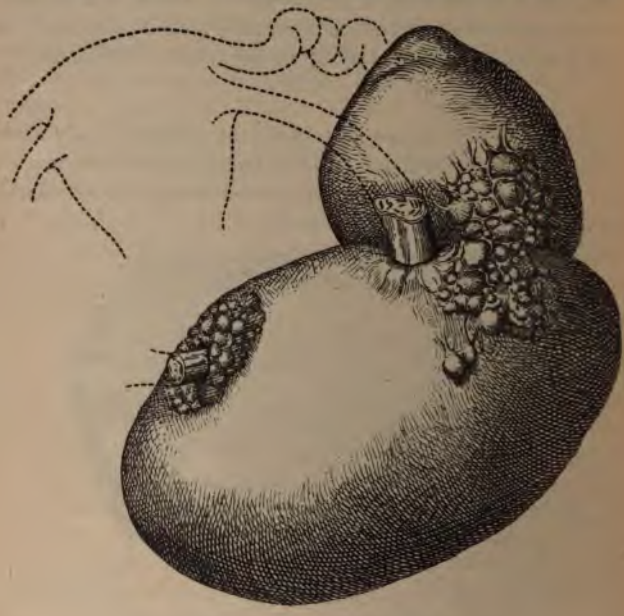


Fig. 196.
Fibrome du ligament rond dans le canal inguinal (KELLY).

vent acquérir des dimensions beaucoup plus considérables et peser 2 kilog., 5 kilog. (PIERRE DELBET) et jusqu'à 12 kilog. (LÉOPOLD).

Lorsque le fibrome naît dans le canal inguinal ou dans la grande lèvre, il se développe vers l'extérieur. Au contraire lorsqu'il naît dans la portion abdominale du ligament rond, il

se développe vers la cavité péritonéale et peut contracter avec les organes pelviens et abdominaux des adhérences secondaires. Il peut encore se développer en partie en avant de la

Fig. 197.
Fibro-myome du ligament rond (Claisse).
Prolifération cellulaire C, autour des vaisseaux V. 300/1.

paroi abdomidale, en partie en arrière, dans l'espace sous-péritonéal en présentant une étranglement qui correspond au canal inguinal (fig. 196).

Symptômes et diagnostic. — Les fibromes extra-abdominaux forment une tumeur dure, bosselée, plus ou moins mo-

bile qui siège dans la grande lèvre, à l'orifice du canal inguinal dans lequel on peut parfois les réduire, ou dans le canal inguinal lui-même. Ces tumeurs sont indolentes et ne font que gêner les malades qui les portent. Ce n'est que lorsqu'elles ont acquis un gros volume qu'elles peuvent provoquer des compressions ou des tiraillements douloureux.

Fig. 198.
Fibro-myome du ligament rond (Claisse).

Lorsque le fibrome se développe dans l'abdomen il présente nécessairement tous les signes d'une tumeur abdominale et en particulier d'une tumeur ovarienne. Il a, lorsqu'il est un peu gros, ce qui est d'ailleurs exceptionnel, assez exactement la consistance et la situation antéro-latérale du fibrome de l'ovaire.

Aussi est-il à peu près impossible de faire avant l'opération le *diagnostic* des fibromes abdominaux. L'indépendance de l'utérus permettra de les différencier des fibromes de cet organe. Mais pour les distinguer des tumeurs solides de l'ovaire et aussi des kystes dermoïdes, il n'y a qu'un signe, et encore est-il bien aléatoire. Les kystes et tumeurs de l'ovaire naissant derrière le ligament large, repoussent en général l'utérus en bas et en avant. Les fibromes du ligament rond le repoussent au contraire en bas et en arrière. Mais c'est là un symptôme un peu théorique. En clinique on ne porte pour ainsi dire jamais avec exactitude le diagnostic de fibrome du ligament rond. Bien heureux si, par le point d'implantation exact de son pédicule, on peut reconnaître sa nature pendant l'opération.

Pour les fibromes extra-abdominaux le diagnostic est plus simple. Encore sera-t-on exposé à confondre cette tumeur avec

les tumeurs de la grande lèvre et surtout avec les tumeurs du canal inguinal, en particulier les *hernies de l'ovaire* ou de l'*épiploon* ou certains *lipomes préherniaires*. L'examen minutieux des symptômes permettra seul de se prononcer avec quelque chance de ne pas se tromper.

Et d'ailleurs cette question de diagnostic n'a qu'une importance secondaire, toutes ces tumeurs devant être extirpées.

L'opération, fort simple pour les fibromes extra-abdominaux, devient une laparotomie ordinaire pour les fibromes internes qui doivent être enlevés exactement comme on enlève une tumeur annexielle, salpingite kystique, fibrome ou kyste de l'ovaire.

IV

TUMEURS DU LIGAMENT LARGE

Les ligaments larges sont le siège d'affections variées. J'ai décrit plus haut les abcès et les suppurations qui s'y développent et je n'y reviens pas. Mais on y rencontre également des tumeurs solides ou liquides qui présentent un très grand intérêt chirurgical. Elles doivent être étudiées à côté des tumeurs des annexes auxquelles elles ressemblent beaucoup au point de vue clinique et dont elles se rapprochent plus encore par le traitement qu'on leur oppose. Je les décrirai donc ici successivement.

A. TUMEURS SOLIDES

Les tumeurs malignes des ligaments larges n'existent guère, ou même n'existent pas en tant que tumeurs primitives. Sans doute le *cancer* y est des plus fréquents, mais ce n'est que par envahissement secondaire, comme dans les cas si communs où un cancer du col utérin se propage à la base du ligament large le long des lymphatiques et des espaces celluleux.

Il en est de même pour les tumeurs végétantes de l'ovaire, et en un mot pour tous les cancers du voisinage.

Le *sarcome* y existe peut-être à l'état primitif. PÉAN, POLAILLON, PLAYFER en auraient cité quelques cas, mais il est beaucoup plus probable que, lorsqu'on l'y rencontre, il est dû à la dégénérescence d'un fibro-myome primitif.

Il y a de la graisse dans le ligament large. Il peut donc y avoir des *lipomes*. POZZI en a enlevé un de 57 livres. Ils n'en sont pas moins tout à fait exceptionnels, régulièrement confondus avec d'autres tumeurs et sans véritable intérêt clinique.

Les tumeurs solides du ligament large sont presque toujours des *fibromes* ou des *fibro-myomes*.

FIBROMES. — Ce sont des tumeurs assez rares et on n'en a guère signalé plus d'une cinquantaine de cas.

Leur structure est la même que celle des fibromes utérins. Comme eux ils sont denses, souvent formés de noyaux agglomérés, énucléables, de volume très variable, blanchâtres à la coupe, quelque peu élastiques. Le volume de ces fibromes peut être considérable, et BILLROTH en a enlevé un qui ne pesait pas moins de 18 kilogrammes.

Au point de vue histologique on y rencontre, en dehors du tissu fibreux qui forme la plus grande partie de la tumeur, des fibres musculaires lisses. Parfois il y a des cavités kystiques, soit par ramollissement et nécrobiose locale, soit par hémorragie interstitielle, soit enfin à la suite d'une véritable transformation sarcomateuse.

Ces tumeurs sont en général encapsulées et la nappe celluleuse qui les entoure facilite beaucoup leur extraction. Elles sont incluses entre les deux feuillets du ligament large. Suivant leurs volumes elles paraissent complètement sous-péritonéales, ou au contraire, lorsqu'elles sont considérables et font saillie dans la cavité abdominale, intra-péritonéales comme de volumineuses tumeurs annexielles (fig. 199, 200).

Autour d'elles, dans le ligament large, les vaisseaux sont souvent très développés. Il y a de larges plexus veineux formés de grosses veines entrelacées et anastomosées, et l'on comprend

que, au cours de l'opération, il puisse y avoir, de ce fait, des difficultés considérables.

L'enclavement possible de ces tumeurs dans le petit bassin amène, du côté des différents organes, des troubles de compression de toute sorte sur lesquels il est inutile d'insister.

Fig. 199.
Fibro-myome kystique du ligament large (SCHAUTA).

Pathogénie. — Il est admis aujourd'hui que ces tumeurs se développent primitivement dans le ligament large.

Longtemps on avait pensé qu'il s'agissait là de fibro-myomes utérins partis du bord de l'utérus, ayant dédoublé les deux feuillets du ligament large et séparés secondairement de l'utérus par rupture ou résorption du pédicule. Mais on n'a jamais trouvé trace de ce pédicule ou de ses vestiges.

D'autre part, il y a dans le ligament large des fibres musculaires en grand nombre, décrites par Rouget, et il n'y a aucune raison pour que les tumeurs dont nous parlons ne se développent pas aux dépens de ces fibres musculaires propres. Elles sont d'ailleurs plus communes aux points où ces

Fig. 200.

Fibrome du ligament large (Labadie-Lagrave et Legueu).

Le feuillet péritonéal est incisé pour la décortication.

fibres sont elles-mêmes les plus nombreuses, c'est-à-dire dans la partie inféro-interne du ligament large.

Enfin il est un dernier argument, et le meilleur, qui prouve que ces tumeurs appartiennent en propre au ligament large. On en a vu qui étaient munies d'un pédicule très net et qui partait précisément du ligament large lui-même.

Symptômes et diagnostic. — La tumeur et les phénomènes de compression qui en résultent sont à peu près les seuls signes auxquels donne lieu cette affection. Elle ressemble

beaucoup au fibrome de l'utérus, ou plutôt à certains fibromes sous-péritonéaux et n'ayant aucun retentissement sur la muqueuse utérine. En effet, ici, il n'y a pas d'hémorragies, et de plus la cavité utérine n'est pas augmentée. Mais on sait que beaucoup de fibromes sous-péritonéaux ne donnent lieu à aucune hémorragie et peuvent ne s'accompagner d'aucune modification de la cavité utérine. Ces deux signes négatifs, sans avoir une très grande valeur, méritent cependant d'attirer l'attention.

Les renseignements donnés par le toucher sont les plus fidèles, comme il est de règle dans toutes les affections annexielles. La tumeur est en effet située sur le côté de l'utérus qui est repoussé du côté opposé, et en général vers le fond du petit bassin. Il est quelquefois possible d'établir l'indépendance de l'utérus et de la tumeur, et c'est là un signe de premier ordre. Mais bien souvent il y a entre les deux un accolement si étroit qu'il est impossible de se rendre compte de la réalité de leur séparation. D'autre part, si l'on est parvenu à établir que la tumeur que l'on examine est indépendante de l'utérus et n'est pas un *fibrome*, il est encore possible de la confondre avec une *tumeur annexielle*, *kyste dermoïde* ou *tumeur solide de l'ovaire*, avec une *grossesse extra-utérine*, ou enfin avec une *tumeur du ligament* large lui-même, dont le type est formé par les *kystes parovariens*. Ceux-ci, il est vrai, sont plus réguliers, plus globuleux et présentent souvent une fluctuation véritable. Mais tous ces signes peuvent être obscurs, et en réalité le fibrome du ligament large est presque toujours confondu soit avec un fibrome utérin, soit avec une tumeur des annexes.

Traitement. — Lorsque ces tumeurs sont de petit volume, elles peuvent être enlevées par le vagin. C'est le conseil que donne Segond ; c'est aussi l'avis de Leguen. Tous deux conseillent l'hystérectomie vaginale pour mener à bien cette extirpation. Elle me paraît en effet nécessaire, d'autant plus que le diagnostic exact est en réalité très rarement porté et qu'on croit, en général, opérer un fibrome utérin.

Si le diagnostic est ferme avant l'opération, il est évident qu'on ne pourra guère songer à enlever une tumeur semblable, développée dans le ligament large, sans enlever l'utérus dont l'extirpation préalable permettra seule de l'aborder. Encore rencontrera-t-on, en général, des difficultés considérables.

C'est pourquoi je pense qu'il vaut mieux, systématiquement, aborder ces tumeurs par l'abdomen, lorsque le diagnostic en est porté, même si elles sont petites. Il est en effet relativement facile, par la voie abdominale, d'énucléer une tumeur du ligament large, et je crois que, dans la plupart des cas, si la tumeur n'est pas trop grosse, on y pourra parvenir sans sacrifier l'utérus. Et c'est là un argument capital en faveur de la voie abdominale, puisque la voie vaginale nécessite son sacrifice. Il vaut évidemment mieux, si la chose est possible, conserver l'utérus, alors surtout qu'on conserve les annexes d'un côté, quelquefois même des deux, si l'énucléation intra-ligamentaire a pu se faire assez facilement. S'il y a de trop grandes difficultés, on sacrifie l'utérus, ne fût-ce, comme on est obligé de le faire quelquefois, que pour tarir l'hémorragie, souvent difficile ou impossible à arrêter par tout autre moyen.

Si le fibrome est volumineux, il n'y a plus aucune hésitation à avoir et la seule opération possible est la *laparotomie*. On ouvre le ventre, on se porte sur la tumeur, on incise le péritoine sur elle et on la décortique rapidement en passant au-dessous. Mais il y a souvent des adhérences aux organes voisins, à l'utérus, à l'uretère surtout, auquel il faut toujours penser. L'opération peut être très difficile, s'accompagner de déchirures viscérales, de section de l'uretère, de délabrement vésical, d'hémorragie. Bref, c'est une opération grave, et sur 9 opérées, on ne compte pas moins de 6 morts. Il est vraisemblable que c'est là une statistique un peu sombre; mais, même améliorée, elle n'en montre pas moins que l'opération est des plus sérieuses.

C'est dans ces cas, toujours difficiles, qu'il faut agir avec décision et souvent avec rapidité. L'extirpation de l'utérus sera

souvent nécessaire et facilitera beaucoup l'opération, qui en sera rendue moins grave. Je ne saurais trop conseiller, si l'on est obligé de sacrifier l'utérus, de pratiquer encore ici, comme dans toutes les tumeurs profondément enclavées dans le ligament large, l'hémisection utérine qui, en facilitant l'opération, fera gagner du temps et par conséquent du sang.

B. KYSTES PAROVARIENS

Dans les ligaments larges on trouve des débris embryonnaires du corps de Wolff qui persistent indéfiniment sous forme de petits tubes épithéliaux. Leur ensemble constitue le paro-

Fig. 201.
Kyste parovarien situé entre la trompe et l'ovaire (KELLY).

vaire, ou organe de Rosenmüller. On l'aperçoit facilement par transparence, chez les femmes maigres, dans le ligament large, entre la trompe et l'ovaire (voy. fig. 165, p. 323).

C'est dans ces vestiges wolfiens que se développent, ainsi

que l'a le premier soutenu VERNEUIL, les kystes du ligament large auxquels, en vertu de ces idées pathogéniques, on a donné le nom de *kystes wolfiens* ou *kystes parovariens*. C'est

Fig. 202.
Kyste parovarien (KELLY).

VELPEAU qui, en 1825, fut le premier à les signaler. Ils ont été depuis lors étudiés par un grand nombre d'auteurs, et il ne faut pas s'en étonner, car ils sont fréquents. OLSHAUSEN sur 284 ovariotomies n'en a pas rencontré moins de 32.

Anatomie pathologique. — Ils siègent entre les deux feuillets du ligament large qu'ils écartent de plus en plus à mesure qu'ils se développent. Ils peuvent être extrêmement petits.

mais ils ne deviennent guère cliniquement appréciables que lorsqu'ils atteignent le volume d'une orange. Ils n'acquièrent jamais le volume des gros kystes de l'ovaire. Cependant on en

Fig. 203.
Kyste parovarien uniloculaire (Nélaton).
i, foyers hémorragiques. — *c*, corps jaune.

a vu qui contenaient jusqu'à 25 litres de liquide, et tout récemment Forgue en a opéré un qui n'en contenait pas moins de 23 [1]. Mais ces grands kystes sont exceptionnels.

Quand ils sont peu volumineux, ils restent cachés dans le bassin, mais lorsqu'ils deviennent gros ils évoluent vers le haut et apparaissent dans l'abdomen.

Ils sont en général arrondis, réguliers, uniloculaires. Le péritoine du ligament large les coiffe sans leur adhérer et ils

[1] Annales de gynécologie et d'obstétrique, 1900, p. 101.

Anatomie pathologique. — Les lésions qu'entraîne la grossesse ectopique sont des plus variables et dépendent beaucoup du point où se fait le développement anormal de l'embryon.

Et d'abord, quelle que soit la variété de la grossesse ectopique, l'œuf est entouré de ses membranes choriales comme lorsqu'il évolue dans la cavité utérine. Les tissus qui se trouvent en contact avec le chorion recouvert de ses villosités subissent des modifications profondes et deviennent rapidement très vasculaires ; ils prennent un aspect tomenteux et présentent de véritables villosités qui s'enchevêtrent avec les villosités choriales et plus tard avec les villosités placentaires.

Les rapports intimes de l'œuf et de la paroi tubaire, ainsi que la constitution de l'œuf lui-même au niveau de son pôle adhérent et de son pôle libre, viennent d'ailleurs d'être étudiés par Couvelaire dans un travail très précis auquel il est facile de se reporter [1].

Lorsque le kyste fœtal se développe dans la cavité abdominale, il s'entoure de fausses membranes adhérentes à l'intestin, à l'épiploon, aux divers organes du bassin. Ces fausses membranes et les organes qui les tapissent deviennent excessivement vasculaires, et peuvent être l'origine, au moment d'une intervention chirurgicale, d'hémorragies redoutables.

La muqueuse tubaire, lorsque l'œuf se développe à son contact, subit des modifications analogues. La trompe augmente de volume et prend un aspect kystique. Mais la dilatation peut se faire en différents points et présenter des caractères variables suivant qu'on se trouve en présence d'une grossesse tubaire proprement dite, d'une grossesse tubo-abdominale, ou d'une grossesse interstitielle. Dans ce dernier cas, la tumeur fœtale semble faire corps avec l'utérus et être pour ainsi dire plantée sur la corne utérine. Dans la grossesse tubo-abdominale, l'ovaire peut être perdu dans l'épaisseur des membranes, s'envelopper de l'œuf et des éléments vasculaires qui ont fait leur apparition. Il est d'ailleurs bien difficile de différencier anatomiquement certaines de ces grossesses des grossesses ovariennes pro-

[1] Couvelaire. Th. Paris, 1901.

jours en avant. L'uretère est dévié et quelquefois comprimé. Il en est de même du rectum et de la vessie. Lorsqu'ils sont volumineux, ils font saillie dans l'abdomen et peuvent alors se constituer aux dépens du ligament large une sorte de pédicule.

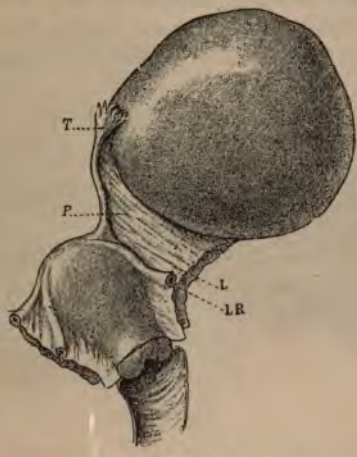


Fig. 205.
Kyste parovarien à évolution abdominale
(Labadie-Lagrave et Legueu).

Parfois ces kystes parovariens peuvent présenter une sorte de prolongement tubulaire également tapissé d'épithélium : Thiery, Legueu en ont rapporté des exemples (fig. 207). Ce sont encore des vestiges wolfiens et ces cas, d'ailleurs très rares, viennent apporter de nouveaux arguments à la théorie de Verneuil.

Comme les kystes de l'ovaire, mais plus rarement que chez ces derniers, on peut rencontrer, au cours de l'évolution des kystes parovariens, divers accidents : la *torsion du pédicule*, fort rare, comme l'existence même de ce pédicule ; la *rupture ;* l'*inflammation ;* la *suppuration ;* l'*hémorragie*, et enfin la *transformation papillaire* et *épithéliale*.

Symptômes et diagnostic. — Les kystes parovariens ne se révèlent pas par d'autres symptômes que ceux qui résultent de leur volume. Ils ne donnent guère lieu qu'à des phénomènes de compression, surtout du côté du rectum et de la vessie, et parfois, lorsqu'ils acquièrent de grandes dimensions, à une augmentation de volume du ventre. Leur présence est compatible avec une excellente santé, les accidents qu'ils peu-

Fig. 206.
Kyste parovarien avec petits kystes situés sous les franges de la trompe (KELLY).

vent entraîner sont rares, et la rupture accidentelle peut même être pour eux un mode de guérison. Ce n'est que lorsqu'ils présentent une des complications énumérées plus haut, torsion du pédicule, suppuration, qu'ils peuvent devenir dangereux.

Leur symptomatologie fonctionnelle est donc des plus vagues. Seul l'examen direct permet de les reconnaître. Lorsqu'ils ont évolué vers l'abdomen et sont plus ou moins pédiculés, il est impossible de les distinguer des kystes de l'ovaire ordinaires dont ils présentent tous les caractères. Mais lorsqu'ils restent inclus dans le ligament large et plus ou moins enclavés dans le bassin leur diagnostic devient plus facile.

Ils font saillie dans le cul-de-sac latéral du vagin, repoussant du côté opposé l'utérus dont on peut sentir le fond au-dessus du pubis. Sans doute ils peuvent alors être confondus avec

toutes les tumeurs para-utérines, mais le *fibrome du ligament large*, ou le *fibrome utérin* accolé à l'utérus sont plus durs et plus irréguliers, de même la *grossesse extra-utérine*, qui s'accompagne en outre de phénomènes généraux particuliers et de modifications utérines presque caractéristiques. La *salpingite* enfin, est en général moins rénitente, moins fluctuante, plus empâtée, douloureuse, quelque peu irrégulière et accompagnée de phénomènes fébriles plus ou moins accentués.

Fig. 207.
Kyste parovarien en communication avec le canal de Gärtner (Thiery).

La *ponction* du kyste donnerait, au point de vue du diagnostic, des renseignements de premier ordre, en fournissant un liquide clair, limpide, sans albumine ni paralbumine et qui, dans cette région, ne peut appartenir qu'à un kyste parovarien. Mais si elle était acceptable autrefois, la ponction doit être aujourd'hui proscrite, comme toujours insuffisante et toujours dangereuse.

En résumé une tumeur lisse, régulière, rénitente, indolente, accolée à l'utérus mais indépendante de cet organe,

déformant le cul-de-sac latéral du vagin, à évolution lente et sans aucun retentissement du côté de l'état général, a toutes les chances possibles d'être un kyste parovarien. Mais ici comme dans toutes les affections pelviennes, les examens les mieux conduits et les diagnostics les mieux étudiés sont souvent fallacieux, et c'est encore l'opération et l'opération seule qui lèvera les derniers doutes.

Traitement. — Il faut en effet la pratiquer, cette opération, car elle est bénigne et radicale. Et d'ailleurs, dans le doute, ne doit-on pas toujours aller voir?

L'ouverture simple par le vagin expose à l'infection, à la fistulisation. Elle est aveugle et doit être condamnée. C'est à la *laparotomie* qu'il faut toujours avoir recours. Si, à la rigueur, on peut, dans les kystes de l'ovaire pédiculés, se passer du plan incliné, il est ici indispensable.

La tumeur reconnue, le ligament large sera incisé au point qui paraîtra le plus favorable, parallèlement à sa direction, souvent le long de la trompe. Si le kyste n'est pas trop volumineux il y a de réels avantages à ne pas le vider par ponction. Il s'énuclée en effet beaucoup mieux, et il est ainsi plus simple de se rendre compte de ses limites, de ses connexions et de l'isoler des parties voisines. Les doigts le décollent de toutes parts, ils écartent et libèrent peu à peu les organes qui l'environnent en cheminant dans la couche celluleuse qui l'enveloppe. Ils parviennent ainsi assez facilement sous le kyste et l'attirent vers le haut en l'énucléant.

S'il vient à se rompre, il faut, pour pouvoir facilement décoller la poche, l'attirer vers le haut avec des pinces en cœur ou mieux encore introduire les doigts dans son intérieur de façon à se rendre compte de ses limites.

L'opération est en général facile. Mais parfois, comme il arrive pour les tumeurs du ligament large, les difficultés s'accumulent : adhérences, vascularisation, fixation à l'utérus, enclavement, etc. On peut être contraint, quand il est impossible de séparer la poche des tissus avoisinants, de la marsupialiser, ce qui est toujours un pis-aller regrettable.

Mais certaines adhérences, à l'uretère par exemple, peuvent y contraindre. Si les adhérences annexielles unissent le kyste à l'utérus, il vaudra mieux, à mon avis, au lieu de marsupialiser le kyste, sacrifier l'utérus et pratiquer l'hystérectomie, comme je l'ai déjà conseillé pour les autres tumeurs du ligament large. Mais il est de toute évidence qu'on ne se décidera à sacrifier l'utérus que lorsqu'il n'y aura pas moyen de faire autrement.

CHAPITRE TROISIÈME

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE

On désigne sous ce nom les grossesses dans lesquelles le fœtus se développe en dehors de la cavité utérine. C'est donc une mauvaise appellation puisqu'il est des cas dans lesquels l'évolution anormale de l'embryon peut se faire à l'origine de la trompe, dans la corne utérine même et par conséquent dans l'utérus. Le terme de *grossesse ectopique*, dû à BARNES, est donc certainement meilleur.

La grossesse extra-utérine, inconnue autrefois, considérée comme rare il y a peu d'années encore, est aujourd'hui reconnue comme assez fréquente depuis que la multiplicité des interventions abdominales a permis de la constater. KUTSNER de Breslau, en cinq ans, n'en a pas opéré moins de 107 et j'en ai moi-même, en quelques années, observé au moins une vingtaine de cas, en comptant les hématocèles qu'il faut presque toujours leur rapporter. C'est donc, en réalité, une affection commune et il est tout naturel que, dans ces dernières années, elle ait suscité un très grand nombre de travaux et de discussions que je n'entreprendrai pas d'énumérer, et sur lesquels j'aurai à revenir au cours de cette étude.

Les causes qui déterminent le développement de l'ovule fécondé en un lieu anormal sont inconnues. Peut-être les inflammations tubaires, la desquammation de l'épithélium et la perte de ses cils, le rétrécissement inflammatoire de l'ostium uterinum, peuvent-ils être incriminés. Mais on a bien souvent

trouvé la trompe intacte et peut-être ne faut-il voir dans cet arrêt de l'ovule en un point anormal que l'effet de causes fortuites. Peut-être peut-on invoquer également certaine prédisposition anatomique, puisque les récidives de grossesse ectopique ne sont pas rares. VARNIER et SENS en ont relevé une centaine de cas, auxquels HARET, dans une thèse récente[1] ajoute 35 cas nouveaux.

Fig. 208.
Grossesse interstitielle.

L'œuf fécondé, au lieu de poursuivre sa route jusque dans la cavité utérine peut donc s'arrêter ailleurs et donner ainsi naissance à diverses variétés de grossesses ectopiques.

Il peut d'abord se développer dans l'ovaire et donner lieu à une *grossesse ovarienne*. Le fait a paru longtemps douteux. Il est aujourd'hui indiscutable et M^lle^ VAN TUSSENBROEK en a présenté un cas probant au Congrès d'Amsterdam (1899). L'œuf s'était développé dans une vésicule de de Graaf.

L'œuf peut évoluer dans la cavité abdominale elle-même, qu'il y soit tombé directement, au moment de la rupture de la vésicule de de Graaf, ou qu'il y ait été projeté par le pavillon de la trompe, à la suite d'un avortement tubaire après un com-

[1] HARET. Étude critique sur 35 nouveaux cas de grossesse ectopique récidivante. Paris, 1901.

mencement d'évolution de grossesse dans l'intérieur de la trompe : c'est alors une *grossesse péritonéale.*

Mais c'est dans la trompe que se fait le plus souvent l'évolution anormale de l'embryon et la *grossesse tubaire* est de beaucoup la plus fréquente. Il est certain qu'elle forme au moins les neuf dixièmes des grossesses ectopiques. Elle peut elle-même être subdivisée en *grossesse isthmique* (fig. 209), *ampul-*

Fig. 209.

Grossesse tubaire isthmique gauche. Embryon de 5 millimètres. Annexes gauches enlevées par laparotomie (Couvelaire).

En S, S, sac fœtal avec l'orifice punctiforme de la rupture en R. — T, section chirurgicale de la trompe au ras de la corne utérine.

laire (fig. 210), suivant que l'œuf se développe dans l'isthme ou l'ampoule de la trompe [1].

A la grossesse tubaire se rattachent de près la *grossesse tubo-abdominale* ou *infundibulaire* dans laquelle l'œuf se développe dans le pavillon de la trompe ou sur une frange ovarique et la grossesse *tubo-utérine*, ou *interstitielle* (fig. 208) où il siège dans la portion de la trompe qui chemine à travers l'épaisseur de la corne utérine.

[1] Voir Couvelaire. Études anatomiques sur les grossesses tubaires. Th. Paris, 1901.

Enfin on peut voir la grossesse évoluer dans une *corne utérine rudimentaire*. A première vue cette forme ressemble beaucoup à la grossesse tubaire commune, mais elle en diffère d'une

Fig. 210.

Sac fœtal ampullaire communiquant par l'orifice largement dilaté du pavillon avec une poche secondaire infundibulo-ovaro-néomembraneuse. Fœtus long de 14 centimètres (COUVELAIRE).

T, portion isthmique de la trompe. — *k*, sac fœtal. — *ov*, ovaire. — *f*, frange tubo-ovarienne du pavillon. — L'orifice du pavillon est largement ouvert avec ses franges éversées.

façon radicale en ce que la trompe est intacte et conserve sa longueur normale, en ce que le pédicule du sac fœtal s'attache à l'utérus non pas vers le fond, comme dans la forme tubaire, mais au voisinage du col, et enfin en ce que l'insertion du ligament rond se fait en dehors du kyste fœtal, alors qu'il se fait en dedans dans la grossesse tubaire.

Anatomie pathologique. — Les lésions qu'entraîne la grossesse ectopique sont des plus variables et dépendent beaucoup du point où se fait le développement anormal de l'embryon.

Et d'abord, quelle que soit la variété de la grossesse ectopique, l'œuf est entouré de ses membranes choriales comme lorsqu'il évolue dans la cavité utérine. Les tissus qui se trouvent en contact avec le chorion recouvert de ses villosités subissent des modifications profondes et deviennent rapidement très vasculaires ; ils prennent un aspect tomenteux et présentent de véritables villosités qui s'enchevêtrent avec les villosités choriales et plus tard avec les villosités placentaires.

Les rapports intimes de l'œuf et de la paroi tubaire, ainsi que la constitution de l'œuf lui-même au niveau de son pôle adhérent et de son pôle libre, viennent d'ailleurs d'être étudiés par Couvelaire dans un travail très précis auquel il est facile de se reporter [1].

Lorsque le kyste fœtal se développe dans la cavité abdominale, il s'entoure de fausses membranes adhérentes à l'intestin, à l'épiploon, aux divers organes du bassin. Ces fausses membranes et les organes qui les tapissent deviennent excessivement vasculaires, et peuvent être l'origine, au moment d'une intervention chirurgicale, d'hémorragies redoutables.

La muqueuse tubaire, lorsque l'œuf se développe à son contact, subit des modifications analogues. La trompe augmente de volume et prend un aspect kystique. Mais la dilatation peut se faire en différents points et présenter des caractères variables suivant qu'on se trouve en présence d'une grossesse tubaire proprement dite, d'une grossesse tubo-abdominale, ou d'une grossesse interstitielle. Dans ce dernier cas, la tumeur fœtale semble faire corps avec l'utérus et être pour ainsi dire plantée sur la corne utérine. Dans la grossesse tubo-abdominale, l'ovaire peut être perdu dans l'épaisseur des membranes, s'envelopper de l'œuf et des éléments vasculaires qui ont fait leur apparition. Il est d'ailleurs bien difficile de différencier anatomiquement certaines de ces grossesses des grossesses ovariennes pro-

[1] Couvelaire. Th. Paris, 1901.

prement dites. Il pourrait même y avoir des grossesses développées dans des kystes tubo-ovariens, dans lesquels la trompe

Fig. 211.

Grossesse tubaire ampullaire. — Fœtus long de 35 millimètres (Couvelaire).

Cette coupe montre, du centre à la périphérie : la base du crâne et la main droite du fœtus dans la cavité amniotique : l'*amnios* décollé du chorion ; dans le secteur supérieur de l'espace inter-amnio-chorial, la *vésicule ombilicale* aplatie ; le *chorion* villeux sur toute la périphérie de l'œuf ; le placenta et les espaces intervilleux *Ei* occupés dans les secteurs antérieur et postéro-inférieur par les caillots récents *c*, *c*, *c*. — Le *pôle libre de l'œuf r*, R, *r*, faisant saillie librement dans la cavité tubaire *Ct*, moulé sur le secteur supérieur libre de la paroi tubaire *r*, *e*, *r*.

restée perméable aurait pu conduire l'élément fécondant jusqu'à l'ovule développé dans une portion d'ovaire actif, encore existant dans la paroi du kyste.

Les modifications apportées aux organes au contact desquels se développe l'embryon ne sont pas les seules que l'on rencontre. L'utérus subit une évolution qui rappelle celle que l'on observe dans la grossesse normale. Son volume augmente dans des proportions considérables. Il peut atteindre jusqu'à 12 et 14 centimètres de longueur, et conserver ce volume pendant toute l'évolution de la grossesse ectopique. En outre le corps et le col présentent un ramollissement très net, identique à celui que l'on observe dans la grossesse normale.

Mais les modifications les plus curieuses sont celles que l'on observe au niveau de la muqueuse utérine. Elle se transforme en une caduque analogue à la caduque de l'utérus gravide, et au moment où la grossesse ectopique se termine, cette caduque s'élimine soit en bloc, soit par fragments microscopiques perdus dans des caillots sanguins. Du côté des seins et des parties génitales externes surviennent aussi les modifications qui caractérisent l'évolution de la grossesse normale.

Plus le fœtus avance en âge et plus sont accentuées les diverses particularités anatomiques que je viens de décrire. Aussi peut-on rencontrer les lésions les plus variables suivant l'âge auquel est parvenue la grossesse ectopique.

L'évolution de la grossesse extra-utérine est, en effet, fort différente suivant les cas. Le plus souvent, à une période encore assez rapprochée de son début, elle est interrompue par des accidents divers qui entraînent la mort du fœtus et bien souvent aussi des complications graves pour la mère. Mais quelquefois la grossesse peut se rapprocher de son terme et se terminer soit par la mort du fœtus, si elle est abandonnée à elle-même, et sa macération, sa transformation en *lithopædion*, plus ou moins bien toléré, ou, au contraire, par la naissance d'un enfant vivant, si une intervention opératoire heureuse a pu être pratiquée à temps.

Le plus souvent, je viens de le dire, la grossesse ectopique se termine brusquement, après une période assez courte et on assiste, au cours de cette évolution anormale, à une série d'accidents bien connus aujourd'hui et auxquels il est souvent possible de porter remède.

L'évolution de l'embryon hors de la cavité utérine se fait en effet dans de mauvaises conditions. Les modifications histologiques qui se passent, pour prendre un exemple, dans la gros-

Fig. 212.

(Labadie-Lagrave et Legueu.) Grossesse tubaire. (Préparation de Pilliet.)

Villosité placentaire au centre d'un caillot de la trompe.

sesse tubaire, ont été bien étudiées, en particulier par Pilliet et tout dernièrement par Couvelaire.

La muqueuse tubaire se vascularise, se hérisse de villosités qui s'entre-croisent avec les villosités choriales, et se creusent de véritables lacs sanguins qui communiquent largement avec les artères et les veines (fig. 212 et 213). Mais par suite d'une insuf-

fisance de nutrition, les villosités choriales s'atrophient peu à peu, elles se rétractent, ouvrant ainsi, dans les lacs sanguins qu'elles pénétrent, des voies par où le sang s'échappe en

Fig. 213.

(LABADIE-LAGRAVE et LEGUEU.) Grossesse tubaire avec rupture (PILLIET).

La paroi musculaire est extrêmement amincie. — La muqueuse est remplacée par une couche de grandes cellules déciduales, interrompue de place en place par de larges caillots. — On voit une villosité placentaire s'avancer jusqu'au contact de la paroi coiffée d'un caillot non fibrineux.

légères hémorragies, qui se répètent, se multiplient, décollent l'œuf de la paroi tubaire et le repoussent vers le centre de la trompe, où on peut le trouver perdu et plus ou moins altéré

au milieu d'un caillot souvent volumineux. On est alors en présence d'une accumulation de sang dans la trompe, d'un *hématosalpinx*, le plus simple des accidents dus à l'évolution de la grossesse tubaire.

L'hématosalpinx ainsi constitué peut d'ailleurs guérir et le caillot avec l'embryon qu'il renferme se résolvent graduellement. Il peut cependant persister en partie et on a pu rencon-

Fig. 214.
Avortement tubaire, 2/3 g. n. (KELLY).

trer dans la trompe des villosités choriales plusieurs années après la cessation de tout accident.

Mais le plus souvent les hémorragies se répètent et l'œuf décollé est entraîné avec le sang hors de la cavité de la trompe. C'est un *avortement tubaire*.

Si l'œuf est poussé vers l'orifice utérin, il peut franchir cet orifice, tomber dans la cavité utérine et être expulsé au dehors au milieu de phénomènes qu'il est à peu près impossible de ne pas confondre avec ceux d'une fausse couche commune. D'ailleurs il est fort probable que l'*avortement tubo-utérin* n'existe pas. Les cas dans lesquels on l'aurait observé ne sont sans doute que des erreurs de diagnostic et JONESSOF [1], dans une thèse très récente faite sous l'inspiration de PINARD, est très

[1] JONESSOF. A propos de l'avortement tubo-utérin. Th. Paris, 1901.

affirmatif sur ce point. Mais l'œuf peut en revanche être poussé vers le pavillon de la trompe, où la voie s'ouvre plus large et plus facile, et l'avortement se fait alors dans la cavité péritonéale (fig. 214). Ce sont des faits aujourd'hui bien étudiés

Fig. 215.
Le caillot enlevé, avec le fœtus à la surface, 2/3 g. n. (KELLY).

et qu'on trouvera parfaitement décrits dans l'excellente thèse de CESTAN [1]. C'est surtout au début de la grossesse tubaire que se produit cet avortement péritonéal. Il faut, en effet, pour que l'œuf parvienne dans le péritoine, que le pavillon de la trompe soit perméable. Or dans la grossesse tubaire l'orifice abdominal de la trompe se ferme régulièrement. Mais d'après BLAND-SUTTON, il ne s'oblitérerait jamais avant la cinquième semaine. C'est donc dès le début de la grossesse que se produit cet accident qui passait autrefois inaperçu parce qu'il donne rarement lieu à des complications très graves. Presque toujours

[1] CESTAN. Des hémorragies intra-péritonéales et de l'hématocèle pelvienne. Thèse Paris, 1894.

cet avortement tubaire est l'origine d'une hématocèle, qui peut s'enkyster, se résorber et disparaître, ou même être incisée par le cul-de-sac postérieur ou extirpée par voie abdominale sans qu'on puisse retrouver les traces de l'embryon disparu.

Fig. 216.
Grossesse tubaire rompue (Labadie-Lagrave et Legueu).

Il est donc extrêmement difficile de savoir quelle est la fréquence exacte de ces avortements tubaires. Contentons-nous de dire qu'ils sont loin d'être rares.

En revanche, il est un autre accident, plus fréquent peut-être encore, et qui est beaucoup mieux connu dans ses circonstances et ses manifestations. C'est la *rupture*.

Cette rupture se produit en général dans le courant du troisième mois. Rare après le quatrième, elle devient exceptionnelle après le cinquième.

On a cru pendant longtemps que cette rupture était due à la surdistension de la trompe. Il est évident que cette surdistension n'est pas négligeable, mais il paraît certain que ce sont les altérations de la paroi tubaire qui jouent le principal rôle dans sa déchirure. C'est en effet presque toujours au niveau

de l'insertion placentaire que la déchirure se produit. C'est, parce qu'en ce point la paroi tubaire a été profondément modifiée par la pénétration des villosités choriales. La résistance

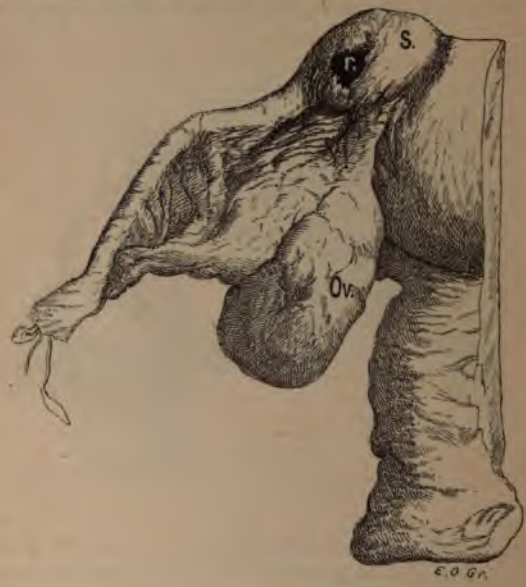


Fig. 217.

Grossesse tubaire isthmique juxta-utérine recueillie à l'autopsie d'une femme morte d'hémorragie intra-péritonéale cataclysmique. 92 jours après la fin des dernières règles (COUVELAIRE).

Vue postérieure des annexes droites et de la moitié droite de l'utérus. S., sac fœtal. — r., orifice de la rupture.

en est fort amoindrie et, sous l'influence d'une poussée hémorragique intra-tubaire un peu plus violente que les autres, la paroi cède et se rompt sur une largeur qui, d'après CESTAN, varie de 1 à 3 centimètres environ (fig. 216, 217, 218, 219).

Cette rupture tubaire s'accompagne en général d'une hémorragie sérieuse. L'écoulement sanguin intra-péritonéal peut

même se faire avec une telle abondance qu'il entraîne une mort rapide. Ce sont là des faits sur lesquels nous aurons à revenir à propos de l'hématocèle, qui est la suite presque naturelle de la rupture tubaire.

Ordinairement, au moment de la rupture de la trompe, l'œuf se déchire aussi et l'embryon peut être expulsé dans le

Fig. 218.
Grossesse utérine rompue, 1/2 gr. nat. (KELLY).

ventre, alors que les membranes qui l'enveloppent restent adhérentes à la trompe. Il est donc à peu près constant de voir l'embryon succomber après la rupture, mais la mort de l'embryon n'est pas fatale. L'œuf, comme dans l'avortement tubaire simple, peut être rejeté en entier hors de la trompe. Il peut continuer à vivre dans la cavité abdominale et on se trouve alors en présence d'une *grossesse péritonéale secondaire*.

Dans quelques cas très exceptionnels, la rupture de la trompe peut se faire au niveau de son bord adhérent, dans le ligament large, et le fœtus peut continuer à vivre et à se développer dans le tissu cellulaire intra-ligamenteux en constituant ainsi une *grossesse sous-péritonéo-pelvienne*, dont on comprend fort bien la pathogénie, et dont il n'est pas moins facile de mesurer la gravité.

Mais ces divers accidents ne se produisent pas fatalement. S'ils sont presque constants dans la grossesse tubaire, il n'en est pas de même dans la grossesse tubo-abdominale ou péritonéale. Ici l'évolution du fœtus peut se poursuivre dans de meilleures conditions, et il n'est pas très rare de voir la gros-

Fig. 219.
Grossesse tubaire avec rupture de la trompe (Labadie-Lagrave et Legueu).

sesse évoluer jusqu'à son terme, ou à peu près, si bien qu'on peut croire à une grossesse normale. L'erreur peut même persister jusqu'au bout, car au moment du terme de la grossesse, la malade présente d'ordinaire des phénomènes de *faux travail*, tranchées utérines, hémorragies, qui font croire à la réalité d'un accouchement, et c'est seulement alors que, le travail n'étant suivi d'aucun effet, on est parfois conduit à explorer l'utérus, à s'apercevoir qu'il est vide et à porter le diagnostic de grossesse ectopique.

Au bout de quelques heures, ou de quelques jours, souvent après l'expulsion d'une caduque, les douleurs cessent, les phé-

nomènes de faux travail s'arrêtent. Mais alors le fœtus est mort.

Un fœtus à terme, ou même de quatre ou cinq mois, est trop volumineux pour être résorbé. Il ne disparaît pas. Il reste comme un corps étranger dans l'organisme maternel. Le liquide amniotique disparaît, le fœtus se flétrit, se ratatine, s'infiltre de sels calcaires, et persiste indéfiniment. C'est à ce fœtus calcifié qu'on donne le nom de *lithopædion* (fig. 220). Il s'enkyste et peut quelquefois être parfaitement toléré. Mais cette terminaison favorable est exceptionnelle et un certain temps après la mort du fœtus on voit, en général, survenir des accidents graves. Le kyste fœtal peut s'infecter secondairement, presque toujours par suite de la proximité de l'intestin, et si parfois le foyer suppuré ainsi constitué peut s'ouvrir dans une cavité naturelle ou à la peau en donnant ainsi lieu à une guérison spontanée, il est plus commun de voir survenir des accidents septiques qui emportent la malade, soit brus-

Fig. 220.

Lithopædion enlevé de la cavité abdominale quatre ans après le faux travail (KELLY).

quement, soit à la suite d'une intarissable suppuration.

Symptômes et diagnostic. — Il n'est aucune affection qui puisse revêtir des aspects aussi variés que la grossesse ectopique, et cela se conçoit sans peine, si l'on songe aux différences profondes qu'elle peut présenter suivant qu'on l'observe à son début, ou au contraire près de sa terminaison, dans les cas assez rares où elle arrive à terme.

C'est au cinquième mois environ que ses caractères se différencient. Avant cette date, d'ailleurs un peu arbitraire, alors que le fœtus ne peut être révélé par aucun signe propre, la grossesse exta-utérine présente les signes d'une *tumeur annexielle* qu'accompagnent des troubles utérins un peu particuliers. Passé cette date, au contraire, le fœtus peut être reconnu, lorsqu'il est vivant, et la grossesse ectopique ressemble alors à une grossesse normale plus qu'à tout autre chose, si bien qu'il faut beaucoup de perspicacité, de sens clinique, ou de bonheur, pour ne pas s'y laisser prendre lorsqu'on voit la malade à cette époque pour la première fois.

Au début, on n'observe, en général, d'autres phénomènes que ceux qui accompagnent le début de toute grossesse, suppression des règles, troubles gastriques, sensations particulières, augmentation de volume des seins, etc., si bien qu'il semble n'y avoir aucun doute sur la réalité d'une grossesse. D'ailleurs l'utérus est augmenté de volume, et le col est ramolli. Parfois, cependant, les phénomènes sont moins nets. Les règles ne sont pas complètement supprimées, mais sont diminuées ou simplement retardées, et il peut y avoir quelques douleurs pelviennes qui font penser à une affection des annexes.

On examine la femme et on trouve alors, au niveau des annexes d'un des côtés, une tumeur de petit volume, qui n'a aucun caractère particulier et qui, en somme, ressemble beaucoup à une salpingite. Au fur et à mesure du développement de la grossesse ectopique, le volume de la tumeur annexielle augmente et, si on atteint sans encombre le cinquième mois, elle est alors très volumineuse et remonte dans l'abdomen jusqu'au

niveau de l'ombilic. Il va sans dire qu'à ce moment l'utérus dévié, refoulé, débordé, peut, malgré son volume anormal, n'être plus perceptible à côté de la tumeur principale. Il faut cependant le chercher avec beaucoup de soin, car on comprend l'importance que peut avoir, au point de vue du diagnostic, la constatation de l'indépendance respective de l'utérus et de la tumeur. Mais bien souvent, au cours de l'évolution de la grossesse ectopique, quelque accident vient changer la face des choses, et il est, en somme, tout à fait exceptionnel de voir la tumeur évoluer paisiblement pendant cinq mois.

Plus communément, surtout à l'époque où la malade attendait sa première ou sa deuxième époque, un écoulement sanguin se produit, qui s'accompagne de douleurs, de phénomènes péritonéaux plus ou moins intenses, parfois même de l'expulsion d'une caduque utérine bien reconnaissable. Souvent ces phénomènes ne font que traduire la formation d'un hématosalpinx. Souvent aussi, ils sont plus accentués, parfois même d'allure très grave, et s'accompagnent d'accidents foudroyants d'hémorragie interne, et l'on se trouve en présence d'une *hématocèle*, affection assez fréquente et assez bien déterminée pour mériter la description spéciale qui en sera donnée dans le prochain chapitre.

Si par hasard l'évolution de la grossesse ectopique se poursuit *après le cinquième mois*, les phénomènes en présence desquels on se trouve sont, à moins d'accidents, sensiblement ceux d'une grossesse normale : volume du ventre, mouvements actifs du fœtus, bruits du cœur révélés par l'auscultation, sensations des parties fœtales perçues à travers la paroi abdominale, tout y est, et si le diagnostic n'a pas été fait dès le début de la grossesse, il est vraiment bien difficile de ne pas prendre tous ces phénomènes pour ceux d'une grossesse régulière. Il n'y a qu'un signe qui permette d'éviter une erreur. C'est la constatation nette de l'utérus, indépendant du sac fœtal. Parfois il est possible de sentir au-dessus du pubis le fond de l'utérus et de le délimiter par le palper bimanuel. Mais la chose est assez rare : on ne le trouve qu'à condition de le

chercher, et pour le chercher il faut être prévenu par quelque phénomène anormal de la possibilité d'une grossesse ectopique.

Les accidents qui peuvent apparaître, d'ailleurs plus rares qu'aux premiers temps de la grossesse, ne présentent rien de spécial. Mais ils s'accompagnent presque toujours de la mort du fœtus, constatée par les moyens ordinaires et des phénomènes de faux travail. C'est parfois seulement alors qu'on peut faire le diagnostic. L'accouchement ne se fait pas, on est conduit à rechercher pourquoi il ne se fait pas, à dilater l'utérus pour le provoquer, au besoin à l'explorer, et, en fin de compte, à constater qu'il est vide et indépendant du sac fœtal.

La mort du fœtus peut être suivie de graves *complications* et si quelquefois il est indéfiniment toléré et se transforme en lithopædion, il est plus commun de voir le kyste fœtal s'infecter. Cette *infection* vient ordinairement de l'intestin, et la poche suppurée qui en résulte ne tarde pas, en général, à provoquer la mort de la malade, qu'emporte une septicémie lente ou une péritonite rapide. Quelquefois cependant une ouverture spontanée dans le rectum, le vagin, l'utérus ou même à la peau, peut être l'origine d'une guérison spontanée.

Rien n'est plus irrégulier que le *diagnostic* de la grossesse ectopique. Quelquefois très facile, il peut, au contraire, devenir parfois à peu près impossible.

Avant le cinquième mois, elle peut être confondue avec toutes les tumeurs para-utérines dont elle présente les signes physiques, et en particulier avec des *salpingites* plus ou moins volumineuses suivant l'âge de la grossesse. Cette confusion est d'autant plus facile à faire que souvent les phénomènes de grossesse sont peu marqués et qu'il y a des hémorragies utérines qui peuvent faire croire à la persistance des règles. On peut également confondre la grossesse ectopique avec un *fibrome* sous-péritonéal qui semble indépendant de l'utérus, avec un *kyste de l'ovaire* ou une *tumeur solide* de cet organe.

Il n'y a, je le répète, que l'*association d'une tumeur juxta-*

utérine à des phénomènes de grossesse au début, qui puisse faire porter le diagnostic de grossesse ectopique. Encore commettrait-on fatalement une confusion s'il s'agissait d'une grossesse réelle coexistant avec une tumeur para-utérine. Mais cette confusion ne peut guère avoir lieu que tout à fait au début de la grossesse, dans les deux premiers mois, lorsque l'utérus n'a pas encore acquis un volume trop considérable.

Lorsque les phénomènes de grossesse sont très marqués et que la tumeur fœtale se trouve prolabée dans le cul-de-sac de Douglas on peut parfaitement confondre la grossesse ectopique avec une rétroversion de l'utérus gravide, dont on peut cependant la distinguer, si l'on y songe, parce que dans la grossesse ectopique on ne constate pas, en général, l'immobilité de l'utérus gravide rétrofléchi, et aussi parce qu'on peut délimiter bien souvent le fond de l'utérus, qu'on ne trouve pas au-dessus du pubis dans l'utérus rétrofléchi.

Après le cinquième mois, lorsque le fœtus est vivant, il est vraiment bien difficile de ne pas prendre la grossesse ectopique pour une grossesse normale, et il faut sentir à côté de la tumeur fœtale le corps de l'utérus avec bien de la précision pour pouvoir affirmer, avec quelque apparence de raison, un diagnostic aussi épineux.

Quant aux *accidents* de la grossesse extra-utérine qui se résument presque tous dans la rupture ou l'avortement tubaire et qui se traduisent par les phénomènes d'hématocèle que je décrirai plus loin, ils se présentent, en général, avec assez de netteté pour qu'il soit facile de les reconnaître. Bien plus, c'est la constatation de ces accidents qui peut, dans bien des cas, permettre d'affirmer l'existence d'une grossesse ectopique.

Quant à reconnaître les unes des autres les diverses variétés de grossesse ectopique, il n'y faut pas songer. Tout au plus peut-on présumer que lorsque la grossesse dépasse sans accident le cinquième mois, elle a des chances pour ne pas siéger dans la trompe. Les grossesses tubaires se rompent en effet presque toujours avant d'en arriver là.

La grossesse ectopique est une affection grave. Lorsqu'elle se rompt prématurément, les accidents qu'entraîne sa rupture peuvent être mortels; ils sont, en tout cas, presque toujours des plus sérieux. Lorsqu'elle dépasse le cinquième mois, le *pronostic* s'assombrit encore, car on n'a vraiment pas le droit de compter sur la mort du fœtus et sa transformation en lithopædion, qui se fait tout au plus dans un dixième des cas, encore moins sur l'ouverture spontanée après suppuration, rare et souvent mortelle. En dehors de ces terminaisons exceptionnelles, la grossesse ectopique ne peut finir que par la mort de la malade ou quelque intervention chirurgicale heureuse.

Traitement. — Le traitement de la grossesse ectopique est donc de la plus haute importance. On ne saurait mieux faire pour l'étudier dans tous ses détails que de se reporter au magistral rapport de Segond au Congrès de Marseille [1]. C'est une œuvre parfaite et où il n'y a pas un seul mot à changer, si ce n'est en ce qui concerne les indications des opérations par voie vaginale qu'il faut, à mon avis, restreindre quelque peu. Cette question a d'ailleurs été à l'ordre du jour dans ces dernières années. La Société de Chirurgie s'en est longuement occupée et le rapport de Picqué a résumé l'opinion de la plus grande partie de ses membres [2].

Je ne m'occuperai pour le moment que du traitement de la grossesse extra-utérine en dehors de ses accidents. La conduite à tenir au cours des accidents sera étudiée plus loin à propos de l'hématocèle.

« Toute grossesse ectopique, a dit Werth, doit être considérée comme une tumeur maligne et traitée comme telle. » Au fond cela est vrai, bien qu'il y ait quelques restrictions à faire, puisque certaines grossesses extra-utérines peuvent se terminer heureusement sans intervention, fait qui ne se présente

[1] Paul Segond. Traitement des grossesses extra-utérines. *Congrès de gynécologie, d'obstétrique et de pædiatrie*. Marseille, oct. 1898.

[2] Picqué. Rapport sur 3 cas de grossesse extra-utérine. *Bull. et mém. de la soc. de chir.* Paris, 1896, t. XXII, p. 30.

jamais dans une tumeur maligne. D'autre part, dans la grossesse ectopique, l'indication opératoire n'est pas aussi pressante que dans une tumeur maligne, et, en particulier après le cinquième mois, il est des cas dans lesquels il faut savoir attendre. Aussi PINARD me paraît-il tout à fait dans le vrai, lorsqu'il dit : « Toute grossesse extra-utérine diagnostiquée commande l'intervention chirurgicale. » C'est un précepte qui, pour être moins pressant, n'en est pas moins catégorique.

C'est qu'en effet il faut, au point de vue de la conduite à tenir comme au point de vue des symptômes, distinguer entre les grossesses ectopiques, suivant qu'elles n'ont pas atteint le *cinquième mois* ou, au contraire, ont dépassé ce terme.

Avant le cinquième mois, il n'y a aucun doute à avoir, aucune hésitation à formuler, il faut opérer, et le plus tôt possible. Une femme en état de grossesse ectopique n'est jamais sûre du lendemain, elle est à la merci d'une rupture qui peut être foudroyante, et ce sont là des chances que nous n'avons pas le droit de lui laisser courir. Le délai à remplir jusqu'à ce que l'enfant soit viable est véritablement trop long pour qu'on puisse espérer l'atteindre sans accident, et je suis de ceux qui pensent qu'il vaut mieux sacrifier dix fœtus que de laisser mourir une mère.

Toute grossesse ectopique âgée de moins de cinq mois doit donc être opérée, et le plus tôt possible. Le doute seul légitime une certaine temporisation et si l'on croit se trouver en présence d'une salpingite, par exemple, il est tout naturel qu'on tienne la malade en observation pendant quelque temps. Mais si le diagnostic est fait, si même on a des raisons sérieuses de penser à la réalité d'une grossesse ectopique, il n'y a aucune hésitation à avoir : il faut opérer.

Reste à savoir comment il faut le faire. Il n'y a pour moi aucun doute sur ce point. C'est à la laparotomie qu'il faut avoir recours, même lorsqu'il y a du côté opposé des lésions annexielles. Je me sépare de SEGOND sur ce point. On sait la prédilection de ce chirurgien pour l'hystérectomie vaginale. Il conseille donc de la pratiquer et d'enlever à la faveur de la

L'opération ne diffère en rien de ce qu'elle était dans le cas précédent. Le placenta est seulement moins vasculaire. Quelquefois, dans les cas anciens, il a même presque disparu et les difficultés qu'on rencontre dans son extirpation lorsqu'il est récent sont ici infiniment moindres. Aussi me semble-t-il qu'on doit tâcher d'enlever le placenta pour éviter la marsupialisation de la poche et les accidents de suppuration et d'éventration qui la suivent. En fait, on l'enlèvera le plus souvent. Si les adhérences sont encore trop fortes et si l'on craint de déchirer l'intestin, on pourra évidemment se résoudre à l'abandonner. Mais cet abandon doit être exceptionnel et on ne renoncera à l'enlever que lorsqu'il sera impossible de faire autrement.

L'*élythrotomie*, qu'il faut résolument proscrire dans les cas récents, pourra ici être employée dans les cas où le kyste fœtal proémine fortement dans le vagin. On incise au point le plus saillant de la tumeur, on extrait le fœtus et on draine. Il est des cas où cette pratique fort simple peut paraître avantageuse. Mais je lui préfère cependant, malgré les succès qu'elle a donnés, en particulier à Pinard, la *laparotomie* qui me paraît pouvoir permettre d'accomplir une meilleure besogne, et que je conseillerai en somme, d'une façon systématique, dans tous les cas de grossesse ectopique, ancienne ou récente, avec fœtus mort ou vivant.

d'un écoulement sanguin souvent très abondant, mais qu'un tamponnement momentané arrête presque toujours, et achever au plus vite son opération.

Mais, il peut y avoir, surtout du fait des adhérences vasculaires des difficultés considérables et dont parfois un chirurgien éprouvé sortira seul à son honneur.

Bien entendu, si les annexes du côté opposé sont malades, on les extirpera par la même occasion. L'hystérectomie abdominale totale ou subtotale, suivant les habitudes du chirurgien, sera ici tout indiquée, et bien que ne l'ayant jamais pratiquée dans ces conditions, je suis convaincu qu'elle facilitera beaucoup l'extirpation du sac tubaire adhérent et que cette mutilation plus étendue n'aura d'autre résultat que de rendre l'opération plus bénigne.

Il va sans dire que pour toutes ces interventions l'usage du plan incliné est indispensable.

Lorsque la grossesse ectopique *a dépassé le cinquième mois*, les indications opératoires changent complètement. C'est qu'en effet, à partir de cette époque, les accidents de rupture sont beaucoup plus rares et qu'en outre chaque jour rapproche le fœtus de l'époque où il sera viable. L'opération, lorsque le fœtus a six mois, n'est pas, en somme, sensiblement moins grave que lorsqu'il en a huit, et si la grossesse évolue sans incidents, si la mère est en bonne santé et ne semble pas souffrir d'une situation aussi anormale, si elle peut être surveillée de près et opérée immédiatement en cas d'accidents graves, il est permis de se demander s'il ne vaut pas mieux attendre, de façon à avoir un enfant vivant sans faire courir à la mère plus de risques que par une opération plus hâtive. Mais cette dernière considération passe avant toutes les autres, et je pense avec Segond qu'il n'est permis d'attendre « qu'à cette condition formelle que le sauvetage de l'enfant n'entraîne jamais l'ombre d'un péril pour la vie de la mère ».

Dans ces conditions, on pourra donc attendre jusqu'à ce que le fœtus soit parfaitement viable. Pinard, attend le huitième et même le neuvième mois, et je crois qu'il est dans le vrai, car,

si la femme peut être surveillée de près, elle ne court pas, en attendant un mois de plus dans le repos le plus complet, de chances sérieuses de voir s'aggraver son état, et le fœtus y gagne en somme de nombreuses chances de vie et de santé.

On attendra donc, si possible, que le huitième mois soit accompli, et l'on opérera.

Mais c'est là une chirurgie difficile et émouvante, plus émouvante et plus difficile encore que lorsque la grossesse n'est vieille que de quatre ou cinq mois au plus. Toutes les difficultés viennent du volume du *placenta*, et toutes les discussions portent sur la conduite qu'il faut tenir vis-à-vis de cet organe.

L'extraction du placenta peut, en effet, s'accompagner d'une hémorragie formidable, incoercible et mortelle, devant laquelle le chirurgien le plus expérimenté pourra, malgré sa hardiesse, sa rapidité et son sang-froid, rester désarmé.

Le placenta, dans ces grossesses avancées qui sont presque toujours abdominales, adhère aux organes voisins, aux parois pelviennes, à la vessie, aux intestins surtout. Il est souvent très difficile de le décoller sans déchirer ces divers organes, et surtout sans entraîner des hémorragies abondantes. On conçoit donc que des chirurgiens de la valeur et de la hardiesse de Segond et de Routier, qui se sont trouvés aux prises avec des difficultés considérables, se rangent à l'avis de Pinard et conseillent de marsupialiser le sac fœtal en abandonnant le placenta, qui s'éliminera ultérieurement.

Les inconvénients de cette élimination lente, qui se fait en général dans un délai de un à deux mois, sont beaucoup moins grands qu'on ne pourrait le croire. Les seuls accidents que l'on puisse craindre sont des accidents de suppuration, d'hecticité et de septicémie, accompagnant la désagrégation du placenta abandonné. Mais il ne faut pas faire ces accidents plus graves qu'ils ne le sont en réalité, et ils le sont peu, puisque Pinard, sur dix-sept marsupialisations, n'a eu qu'un seul décès. Encore ce décès était-il celui d'une femme opérée *in extremis*, si bien qu'il faut, selon l'expression de Pinard, redouter « beaucoup moins la septicémie par rétention que l'hémorragie par extraction immédiate ».

Cependant, lorsqu'elle est possible, l'extirpation du placenta est évidemment beaucoup plus satisfaisante. Elle a été faite souvent, et Pozzi a relevé onze opérations avec onze succès. Cette statistique est si belle qu'il est probable qu'elle correspond à des cas relativement favorables, et il est d'ailleurs bien certain qu'elle n'a qu'une valeur très relative, car, ici comme ailleurs, bien des cas malheureux n'ont sans doute pas été publiés. Personnellement je n'ai pas d'expérience n'ayant jamais opéré de grossesse ectopique avancée avec enfant vivant. J'aurais plutôt une tendance à extirper immédiatement le placenta. Mais les conseils de prudence d'hommes comme Pinard et Segond me frappent beaucoup, et je ne puis que conseiller de les suivre.

Je crois d'ailleurs que ce n'est pas là une règle absolue. Il est des cas dans lesquels l'énucléation du placenta peut paraître facile et l'être en réalité. Il est évident que, dans ces conditions, il faudra la tenter en s'entourant de toutes les précautions nécessaires pour la réussir.

Il est encore d'autres cas dans lesquels le placenta doit être extirpé. C'est, par exemple lorsqu'il est partiellement décollé, que l'hémorragie est sérieuse et qu'il est indispensable d'enlever le placenta tout entier pour arrêter le sang qui coule. C'est aussi lorsque le sac fœtal a été rompu, qu'il n'existe plus, et que le fœtus se trouve au milieu des intestins. Dans ces conditions il est impossible de marsupialiser le sac et d'extérioriser le placenta. Il faut donc l'enlever, coûte que coûte, car je pense qu'il ne serait pas prudent d'abandonner le placenta dans le ventre, suivant le conseil de Negri, et de confier à la nature le soin de le résorber. La chose est possible, évidemment, mais je la crois dangereuse, plus dangereuse que l'extraction, et je pense qu'agir ainsi serait donner à la malade des chances très sérieuses d'infection consécutive et de mort.

Il faut donc, en face d'une grossesse ectopique *avec enfant vivant et viable*, pratiquer la *laparatomie*.

Je ne parle pas de l'*élythrotomie*, c'est-à-dire de l'extraction de l'enfant par le vagin, après incision de celui-ci sur le point

nant la partie liquide et les caillots qui l'accompagnent.

A côté de l'épanchement sanguin péritonéal on trouve le point d'où il est sorti. C'est pour ainsi dire toujours la trompe rompue au niveau d'un kyste fœtal ectopique. La déchirure est plus ou moins large, plus ou moins saignante suivant son étendue et aussi suivant l'âge de la grossesse (voy. fig. 216-219). Parfois, l'embryon est encore enfermé dans la poche tubaire, entouré de ses membranes déchirées ou intactes, parfois, au contraire, cet embryon est retrouvé, perdu dans les caillots au milieu desquels il a été entraîné.

Dans la *forme enkystée*, les lésions sont très différentes. A l'ouverture du ventre, on ne trouve, dans la cavité péritonéale, ni sang libre, ni caillots. Ceux-ci remplissent en général le *cul-de-sac rétro-utérin* (fig. 221) repoussant l'utérus en avant, écrasant le rectum en arrière, soulevant les anses intestinales qui adhèrent les unes aux autres et forment ainsi, suivant l'expression de Bernutz, une sorte de diaphragme qui sépare les caillots de la cavité péritonéale libre.

Les caillots qui remplissent la poche rétro-utérine sont en général noirs, épais, parfois plus ou moins altérés, brunâtres et diffluents.

Sur la périphérie est une sorte de coque plus ou moins épaisse, constituée par des strates fibrineuses quelquefois méconnaissables, par des fausses membranes irrégulières, adhérentes aux organes voisins, utérus et rectum, intestin, épiploon, ligaments larges, parfois formant une sorte de paroi assez homogène qui suffit à séparer les caillots de la cavité péritonéale et qui, vue du côté de cette cavité, peut avoir l'apparence d'une membrane d'enveloppe organisée, et ressembler, par exemple, à la paroi tubaire dans un hématosalpinx.

Lorsque la poche a été vidée de ses caillots, elle apparaît tapissée de lambeaux cruoriques ou fibrineux souvent informes qui recouvrent tous les organes voisins d'une couche qui les rend méconnaissables.

Souvent les annexes, et en particulier les annexes du côté qui a donné lieu aux accidents, sont perdues dans la paroi et

et aussi les manœuvres opératoires, sont, en général, beaucoup plus simples, à moins toutefois que la mort du fœtus ne soit récente. Dans ce dernier cas la circulation placentaire, au moins du côté maternel, est encore très active et les risques d'hémorragie sont à peu près les mêmes que ceux que l'on rencontre avec un fœtus vivant. Or comme un fœtus mort est en général fort bien toléré, au moins pendant quelque temps, il y a évidemment avantage à attendre un peu, en surveillant, bien entendu, la femme de très près. Pinard pense qu'au bout de six semaines environ, la circulation placentaire s'est suffisammentra lentie pour qu'on n'ait plus grand'chose à craindre d'une hémorragie opératoire.

L'opération est identique à celle que je viens de décrire. Mais ici je crois qu'on aura le droit d'insister davantage sur l'extirpation du placenta. Segond est encore d'avis de marsupialiser la poche et de l'abandonner. Je crois véritablement qu'on a le droit d'aller plus loin, à condition d'y aller avec précaution et de ne pas insister si le placenta est inséré sur les intestins, s'il y adhère solidement, et si un très léger décollement amène une hémorragie sérieuse. Mais s'il n'en est pas manifestement ainsi, il me semble qu'on doit essayer d'enlever le placenta. Dans un cas personnel de grossesse de sept mois, opérée quinze jours après la mort du fœtus, je me suis parfaitement bien trouvé d'avoir enlevé le placenta. Un suintement sanguin assez abondant s'est facilement arrêté par compression. J'ai laissé à demeure dans le ventre trois ou quatre longues pinces à pression que j'ai enlevées au bout de quarante-huit heures, et ma malade a guéri sans aucun incident.

Quand le fœtus est mort depuis longtemps, il faut encore et toujours opérer. Un lithopædion n'est pas chose inoffensive et il faut d'ailleurs de longs mois pour en arriver à ce qu'il se constitue. En attendant, le kyste fœtal peut s'infecter et donner lieu aux accidents les plus graves. Il faut donc l'opérer, et l'opérer toujours, à moins d'une contre-indication particulière, et d'ailleurs exceptionnelle.

tubaire. Le sang s'amasse alors nécessairement ailleurs, presque toujours en avant de l'utérus. Le fait n'est pas exceptionnel, et j'en ai personnellement observé deux cas. C'est alors une *hématocèle anté-utérine* (fig. 222). Les lésions anatomiques sont identiques à celles que je viens de décrire, mais quelquefois aussi ces hématocèles anté-utérines sont situées dans la loge cellulaire prévésicale.

Fig. 222.
Hématocèle anté-utérine.

C'est qu'en effet, il peut y avoir des *hématocèles extra-péritonéales* dans lesquelles le sang ne s'épanche plus dans le péritoine, mais sous le péritoine. Le mécanisme de cet accident est bien simple, et cet épanchement est consécutif à une hémorragie qui se fait entre les deux feuillets du ligament large. C'est ici qu'il peut y avoir rupture de quelque veine du plexus utéro-ovarien, comme le voulait Richet, à la suite d'un traumatisme quelconque. Il peut y avoir également rupture d'une grossesse tubaire au niveau du bord adhérent de la trompe et irruption du sang et même de l'embryon entre les deux feuillets du ligament large qui sont décollés.

HÉMATOCÈLE PELVIENNE

Ce chapitre doit être élargi. Aussi bien sa pathogénie est-elle aujourd'hui assez connue pour que, laissant de côté les anciennes descriptions et les théories surannées, nous étudiions sous ce titre les hémorragies intra-péritonéales d'origine génitale, qu'elles soient diffuses ou enkystées. Les unes et les autres ne sont, en effet, que les formes diverses d'un même accident, l'interruption par rupture ou avortement tubaire d'une grossesse ectopique, dont le rôle dans la production de ces hémorragies est si important qu'il est, en vérité, permis de ne pas tenir compte des cas très exceptionnels dans lesquels l'hémorragie pelvienne peut reconnaître une autre origine.

Bien que les causes en soient identiques, il y a, au point de vue des symptômes et de la conduite à tenir, de profondes différences suivant que ces hémorragies intra-péritonéales sont *diffuses* ou sont *enkystées*.

Dans la forme *diffuse*, le sang liquide ou transformé en caillots est libre dans le ventre où l'on peut rencontrer quelquefois une véritable *inondation péritonéale*.

Dans la forme *enkystée*, au contraire, le sang, rarement liquide, presque toujours amassé en caillots noirs et épais, est enfermé dans une cavité artificielle, séquestré par des fausses membranes, en un point qui se trouve presque toujours être le cul-de-sac de Douglas, et isolé de la grande cavité péritonéale par une barrière d'adhérences souvent très solides.

C'est cette deuxième forme, à laquelle son enkystement imprime une symptomatologie toute spéciale, et qui présente,

en somme, les signes physiques d'une véritable tumeur située dans le cul-de-sac rétro-utérin, qui constitue à proprement parler l'*hématocèle rétro-utérine*. Mais son histoire n'est qu'un chapitre de l'histoire des hémorragies.

Il y a très longtemps que les *hémorragies diffuses* consécutives à la rupture d'une grossesse ectopique avaient été observées. Aran, dès 1853, en avait décrit un cas des plus nets, mais ces faits étaient mal connus, et c'est seulement dans ces dernières années que de très nombreuses interventions chirurgicales ont fait sur cet accident la lumière complète.

Il en est de même pour l'*hématocèle enkystée*. Sans doute on la connaissait depuis longtemps, Récamier l'avait vue, Bernutz l'avait étudiée, Nélaton l'avait admirablement décrite, mais ce sont les observations de Lawson-Tait, qui remontent à quinze ans à peine, qui ont permis de reconnaître leur véritable nature et de ruiner du même coup les théories anciennes, qui peuvent peut-être répondre à quelques cas très exceptionnels, mais qui n'ont plus aujourd'hui qu'un intérêt historique.

Je ne dirai donc rien de l'*exhalaison péritonéale*, de la *péritonite hémorragique* de Virchow, de la *pachy-péritonite* de Bernutz et Besnier, de la *rupture du plexus utéro-ovarien* de Richet, du *reflux de sang menstruel par les trompes* de Bernutz et Alphonse Guérin, de l'*hémorragie ovarienne par ponte extra-utérine* de Gallard. Je ne saurais mieux faire que de renvoyer ceux qu'intéresseraient ces questions historiques au remarquable travail de Cestan, qui est un véritable chef-d'œuvre de critique et de documentation scientifiques[1].

Aujourd'hui, d'innombrables interventions et des examens histologiques répétés ont montré qu'il ne saurait plus y avoir aucun doute sur l'exactitude de la théorie de Lawson-Tait, maintenant acceptée de tous.

L'hématocèle enkystée est un accident de la grossesse ectopique.

[1] Cestan. Des hémorragies intra-péritonéales et de l'hématocèle pelvienne. Thèse Paris, 1894.

L'épanchement sanguin qui s'enkyste dans le cul-de-sac de Douglas peut se produire de deux façons :

Le sac fœtal, presque toujours constitué par la trompe, *se rompt*. Si l'hémorragie n'est pas trop abondante et que la malade échappe aux accidents de l'inondation péritonéale foudroyante, le sang peut s'enkyster dans le cul-de-sac de Douglas, l'hémorragie s'arrête et l'hématocèle se constitue (voy. p. 421).

Mais plus souvent peut-être, l'hématocèle est due à un autre mécanisme.

L'atrophie des villosités choriales, que ne peut nourrir la trompe insuffisamment vasculaire, permet l'ouverture partielle des lacs sanguins de la muqueuse tubaire et des hémorragies se font entre le placenta maternel et le placenta fœtal qui se séparent plus ou moins. Souvent la grossesse s'arrête, un hématosalpinx se produit, et l'œuf est peu à peu expulsé dans le ventre par l'orifice abdominal de la trompe, avec une quantité de sang très variable et qui peut suinter pendant assez longtemps. C'est l'*avortement tubaire* (voy. p. 419).

Rupture et *avortement tubaire*, tels sont donc les deux accidents qu'on rencontre à l'origine de toutes les hématocèles.

Anatomie pathologique. — Lorsque le sang qui se répand dans le péritoine vient d'une source trop abondante, la séreuse ne peut suffire à former devant lui des adhérences protectrices et le sang reste libre dans le ventre, remplissant presque toujours le petit et le grand bassin, s'insinuant entre les anses intestinales et remontant plus ou moins haut, jusqu'à l'ombilic ou même au-dessus. Le plus souvent il s'arrête au niveau du mésocôlon transverse, mais il peut remonter encore et passant au-devant du côlon, arriver jusqu'au niveau du foie et du diaphragme et pénétrer même dans l'arrière-cavité des épiploons. Presque toujours une grande partie de ce sang est coagulée en caillots noirâtres, et le sérum sanguin, fluide et teinté de rouge, se répand dans la cavité du ventre comme du liquide ascitique. La quantité de sang épanché est des plus variables, et peut atteindre de grandes proportions. Il n'est pas rare d'en trouver trois, quatre litres et même davantage en y compre-

nant la partie liquide et les caillots qui l'accompagnent.

A côté de l'épanchement sanguin péritonéal on trouve le point d'où il est sorti. C'est pour ainsi dire toujours la trompe rompue au niveau d'un kyste fœtal ectopique. La déchirure est plus ou moins large, plus ou moins saignante suivant son étendue et aussi suivant l'âge de la grossesse (voy. fig. 216-219). Parfois, l'embryon est encore enfermé dans la poche tubaire, entouré de ses membranes déchirées ou intactes, parfois, au contraire, cet embryon est retrouvé, perdu dans les caillots au milieu desquels il a été entraîné.

Dans la *forme enkystée*, les lésions sont très différentes. A l'ouverture du ventre, on ne trouve, dans la cavité péritonéale, ni sang libre, ni caillots. Ceux-ci remplissent en général le *cul-de-sac rétro-utérin* (fig. 221) repoussant l'utérus en avant, écrasant le rectum en arrière, soulevant les anses intestinales qui adhèrent les unes aux autres et forment ainsi, suivant l'expression de Bernutz, une sorte de diaphragme qui sépare les caillots de la cavité péritonéale libre.

Les caillots qui remplissent la poche rétro-utérine sont en général noirs, épais, parfois plus ou moins altérés, brunâtres et diffluents.

Sur la périphérie est une sorte de coque plus ou moins épaisse, constituée par des strates fibrineuses quelquefois méconnaissables, par des fausses membranes irrégulières, adhérentes aux organes voisins, utérus et rectum, intestin, épiploon, ligaments larges, parfois formant une sorte de paroi assez homogène qui suffit à séparer les caillots de la cavité péritonéale et qui, vue du côté de cette cavité, peut avoir l'apparence d'une membrane d'enveloppe organisée, et ressembler, par exemple, à la paroi tubaire dans un hématosalpinx.

Lorsque la poche a été vidée de ses caillots, elle apparaît tapissée de lambeaux cruoriques ou fibrineux souvent informes qui recouvrent tous les organes voisins d'une couche qui les rend méconnaissables.

Souvent les annexes, et en particulier les annexes du côté qui a donné lieu aux accidents, sont perdues dans la paroi et

dans les fausses membranes, et il faut beaucoup d'attention et de recherches pour découvrir la trompe malade, fissurée et rompue, ou quelquefois, dans les cas d'avortement tubaire, laissant écouler par son pavillon déformé un peu de sang qui se continue avec un caillot intra-tubaire. Celui-ci, bien souvent, apparaît plus rouge, plus frais et plus récent que les caillots anciens de la poche enkystée.

Fig. 221.
Hématocèle rétro-utérine.

Sauf dans les points où des adhérences épaisses unissent les unes aux autres les anses intestinales, la membrane d'enveloppe de la poche hématique est en général friable. Elle se déchire avec la plus grande facilité, et dans les opérations abdominales dirigées contre l'hématocèle, il est à peu près impossible de ne pas la rompre.

Dans certains cas, l'épanchement sanguin peut s'enkyster ailleurs que dans le cul-de-sac rétro-utérin. Il en est ainsi, par exemple, lorsque des adhérences anciennes ont oblitéré ce cul-de-sac au moment où se produit la rupture ou l'avortement

tubaire. Le sang s'amasse alors nécessairement ailleurs, presque toujours en avant de l'utérus. Le fait n'est pas exceptionnel, et j'en ai personnellement observé deux cas. C'est alors une *hématocèle anté-utérine* (fig. 222). Les lésions anatomiques sont identiques à celles que je viens de décrire, mais quelquefois aussi ces hématocèles anté-utérines sont situées dans la loge cellulaire prévésicale.

Fig. 222.
Hématocèle anté-utérine.

C'est qu'en effet, il peut y avoir des *hématocèles extra-péritonéales* dans lesquelles le sang ne s'épanche plus dans le péritoine, mais sous le péritoine. Le mécanisme de cet accident est bien simple, et cet épanchement est consécutif à une hémorragie qui se fait entre les deux feuillets du ligament large. C'est ici qu'il peut y avoir rupture de quelque veine du plexus utéro-ovarien, comme le voulait Richet, à la suite d'un traumatisme quelconque. Il peut y avoir également rupture d'une grossesse tubaire au niveau du bord adhérent de la trompe et irruption du sang et même de l'embryon entre les deux feuillets du ligament large qui sont décollés.

Pour peu que l'hémorragie soit sérieuse, le sang peut filer dans les espaces celluleux voisins, soit en les décollant, soit en forçant les minces barrières aponévrotiques qui lui sont opposées. C'est ainsi qu'après avoir rempli le ligament large, il peut forcer son bord externe et se répandre dans la fosse iliaque. Suivant les vaisseaux de la gaine hypogastrique, il peut, avec les artères vaginales, contourner le col utérin et parvenir en avant de l'utérus en dédoublant la cloison vésico-utérine et faisant saillie dans le cul-de-sac vaginal antérieur. Il peut, enfin, décoller tout le tissu cellulaire pelvien, effondrer même, comme dans un cas de LEJARS, le releveur de l'anus et venir faire saillie dans le creux ischio-rectal.

Bien entendu, tout ce sang épanché peut se résorber, que l'épanchement soit extra ou intra-péritonéal, et lorsque les caillots ne viennent pas à s'infecter, il y a même une tendance naturelle à leur disparition par résorption progressive. Ils sont d'autant plus épais qu'ils sont plus anciens, et à moins de nouvelles hémorragies, l'hématocèle diminue progressivement de volume.

Il y a, en somme, entre l'hémorragie intra-péritonéale foudroyante et l'hématocèle ancienne près de se résorber, une infinité de cas intermédiaires. Il est de toute évidence que, hormis quelques cas dans lesquels une hémorragie tubaire peut se faire au milieu d'adhérences anciennes et dans un cul-de-sac de Douglas déjà cloisonné, l'hémorragie commence toujours par être diffuse. Ce n'est qu'au bout d'un certain temps, très court dans beaucoup des cas, que se fait la séquestration intra-péritonale. Mais au début, et c'est là un fait important au point de vue thérapeutique, lorsque le cloisonnement dû à la réaction péritonéale n'est pas encore accompli, le sang destiné à produire l'hématocèle, coule librement dans le ventre.

Symptômes et diagnostic. — Il y a des différences profondes entre les phénomènes qui accompagnent l'hématocèle diffuse et ceux par lesquels se traduit l'hématocèle enkystée.

Dans l'*hématocèle diffuse*, pour employer un terme compris

de tous bien qu'il soit incorrect, les signes que l'on observe sont, en somme, ceux d'une hémorragie interne, et ce n'est que par la recherche des phénomènes qui ont accompagné le début de l'hémorragie, et en particulier des signes qui peuvent faire penser à l'existence d'une grossesse ectopique, qu'il est possible d'assigner à l'hémorragie sa véritable origine et d'agir en conséquence.

Le début est brusque, parfois même foudroyant, et les accidents acquièrent tout de suite une telle intensité que Barnes a proposé pour peindre leur soudaineté et leur violence le mot, qui a fait fortune, d'*hématocèle cataclysmique*.

Tout d'un coup, en pleine santé, la femme sent dans le bas-ventre, et presque toujours dans un des côtés du bas-ventre, une douleur violente qui lui arrache un cri et parfois la couche par terre ou la force à s'étendre. Bientôt cette douleur s'étend et irradie vers les reins, les cuisses, le périnée. En même temps la malade pâlit, parfois même tombe en syncope. Dans les cas foudroyants la pâleur augmente, les yeux se cernent de noir, les lèvres se décolorent, le pouls devient petit, fuyant, insensible, une sueur froide perle sur le front et la mort peut survenir dans l'espace de quelques minutes. C'est le tableau classique d'une hémorragie foudroyante. Mais ces accidents dont la soudaineté déconcerte sont relativement rares. Après un début un peu moins bruyant, les phénomènes sont moins rapides, la malade qui, sous l'influence de la douleur, avait pu perdre connaissance, revient à elle, mais elle reste pâle. Au bout de quelque temps, la pâleur s'accentue, le pouls, qui s'était remonté, faiblit de nouveau, une nouvelle syncope apparaît et la malade peut être emportée dans l'espace de quelques heures, succombant à l'hémorragie, alors qu'on a pu croire à diverses reprises, en voyant la malade renaître, que le sang s'était arrêté.

Souvent enfin, et ce sont les cas relativement favorables et qui donnent à la chirurgie ses plus beaux triomphes, les accidents sont plus lents encore et la malade, abandonnée à elle-même, met deux ou trois jours à succomber à la persistance d'une hémorragie peu importante en elle-même.

En dehors des cas foudroyants, le chirurgien a le temps d'arriver, de voir la malade, et un interrogatoire précis lui permet presque toujours alors de reconnaître l'origine des accidents.

S'il s'agit d'une inondation péritonéale par suite de la rupture d'un kyste fœtal, comme le cas est presque constant, la malade devait présenter des signes de grossesse. Les règles précédentes n'avaient point fait leur apparition à l'époque attendue ; elle avait eu quelques troubles gastriques, un peu de congestion du côté des seins, la pigmentation de leur aréole s'était accentuée, les sécrétions vaginales étaient plus abondantes, bref, il y avait tous les signes fonctionnels et symphatiques d'une grossesse au début.

L'interrogatoire au sujet du régime des règles doit être très attentif. C'est en effet souvent au moment précis qui correspond à l'époque où elles auraient dû reparaître et particulièrement à l'époque où auraient dû reparaître les deuxièmes règles, quelquefois même les troisièmes, qu'éclatent les accidents. Il est très probable que la congestion pelvienne intense qui survient au moment des règles est pour quelque chose dans la rupture du sac fœtal, et l'apparition des accidents que je viens de décrire au moment marqué pour les règles est un signe de la plus grande valeur en faveur de l'hématocèle.

Souvent aussi, lorsque éclatent les accidents, la malade présente des métrorragies, et ces métrorragies s'accompagnent de l'expulsion d'une caduque, Choyau [1] a noté vingt-six fois ce symptôme et je l'ai moi-même observé. Il a donc une importance extrême et permet d'affirmer la nature et l'origine des accidents.

L'étude attentive des commémoratifs a, dans ce cas, plus d'importance que l'examen local lui-même. En effet, il est rare de trouver rien de bien net par le toucher vaginal ou bimanuel, d'autant plus que le ventre, sensible, légèrement ballonné, rend l'examen assez difficile.

Parfois cependant on peut rencontrer dans la fosse iliaque et dans les flancs une zone de matité semblable à celle de l'ascite

[1] Choyau, Thèse Paris, 1896.

et qui témoigne de l'existence d'un épanchement considérable.

L'exploration vaginale décèle un utérus un peu gros, souvent légèrement entr'ouvert. Dans les culs-de-sac, on ne sent rien, car un épanchement libre dans le ventre n'oppose aucune résistance au doigt qui le déprime.

L'existence d'une tuméfaction latérale, qui peut être le sac fœtal rompu, est un signe d'une importance très sérieuse.

Parfois, et c'est là un fait curieux et qui pourrait facilement induire en erreur si l'on n'était prévenu, la température s'élève et peut atteindre 39 et 40°, comme dans les infections graves. Il n'y a cependant aucun phénomène septique, et il est certain que la résorption du sang épanché peut provoquer ces températures élevées.

Dans l'*hématocèle commune, enkystée*, les phénomènes de début sont les mêmes, mais ils éclatent d'ordinaire avec beaucoup moins d'intensité. La douleur peut être encore très vive et presque syncopale, mais les signes d'hémorragie interne sont beaucoup moins nets, et, en fait, la quantité de sang qui s'épanche dans le péritoine peut être parfois très restreinte.

On comprend cependant que tous les cas puissent se rencontrer. On voit parfois s'arrêter, se limiter et s'enkyster des épanchements qui, au premier abord, semblaient devoir être mortels, et, dans ces cas, qui ne sont pas exceptionnels, le tableau de l'hématocèle enkystée est, au début, identique à celui de l'inondation péritonéale. Mais peu à peu l'état général s'améliore, la douleur diminue, les vomissements cessent, le ventre s'assouplit et le pouls se remonte. Au bout de quarante-huit heures environ la malade semble hors de danger. Mais si l'on vient alors à pratiquer l'examen local, on trouve des signes importants qui font au contraire à peu près défaut dans le cas d'épanchement diffus.

La simple exploration des fosses iliaques et de la région suspubienne permet souvent, lorsque l'épanchement est abondant de reconnaître l'existence d'une tuméfaction profonde, en général irrégulière, parfois bilatérale. C'est l'amas des caillots enkystés dont la forme peut varier infiniment avec leur abon-

dance et leur disposition. Mais les signes les plus nets, les plus caractéristiques, ceux qui permettent presque toujours d'affirmer le diagnostic, sont fournis par le toucher vaginal.

On constate par cette exploration l'existence d'une tuméfaction qui remplit le cul-de-sac rétro-utérin. Le cul-de-sac postérieur du vagin est saillant, il est distendu par la collection sanguine, qui gagne souvent des deux côtés et remplit également les culs-de-sac latéraux.

L'utérus est repoussé en avant et bien souvent le col, plus élevé que la tumeur pelvienne qui se présente immédiatement au doigt, est difficile à atteindre, repoussé qu'il est vers le haut, derrière la symphyse.

La consistance de la tumeur rétro-utérine est variable. Au début, elle est en général rénitente, puis elle devient plus dépressible, plus molle; elle prend une consistance qui rappelle celle du mastic.

Enfin, s'il ne survient aucun incident et que l'hématocèle tende vers la résorption, elle peut au contraire devenir plus dure. Elle est souvent assez douloureuse. Les mouvements imprimés à l'utérus sont également douloureux. Il est d'ailleurs souvent difficile de reconnaître exactement la situation de celui-ci. Son fond est perdu dans les caillots. Lorsqu'on le sent, il est volumineux et presque toujours le col gros, mou et légèrement entr'ouvert, donne au doigt qui le touche la sensation qu'il donne au début de la grossesse.

L'hématocèle enkystée possède une tendance naturelle vers la guérison.

Peu à peu les caillots se résorbent, la tuméfaction du cul-de-sac postérieur diminue, l'utérus reprend sa place et sa mobilité et, au bout d'un temps qui varie de un à plusieurs mois, il ne reste dans le cul-de-sac qu'une induration souvent légère et qui peut même finir par disparaître complètement.

Mais il n'en est pas toujours ainsi. Assez souvent, il y a des poussées nouvelles, dues à des nouvelles hémorragies, poussées qui peuvent être inquiétantes, et mettre de nouveau en péril la vie de la malade. Ces poussées nouvelles constituent, comme

nous le verrons plus loin, une complication sérieuse et comportent une thérapeutique spéciale.

Plus souvent encore il y a des phénomènes de *suppuration*. La poche sanguine s'infecte. L'inoculation vient en général de l'intestin; elle peut aussi venir par l'intermédiaire des trompes dont le pavillon peut rester ouvert au milieu des caillots, ou dans les parois de la poche, et donner passage aux microorganismes des voies génitales.

Alors la fièvre s'allume, l'état général s'altère, la température monte, et ce n'est pas ici cette température due à la résorption du sang, comme on en peut voir dans les hémorragies diffuses ou dans les premiers jours de l'enkystement des hématocèles communes, mais c'est une ascension thermique à oscillations quotidiennes accompagnée d'un état général mauvais, comme dans toutes les infections.

Au bout d'un certain temps l'ouverture de la poche suppurée peut se faire spontanément, soit dans le vagin, soit dans le rectum et c'est là un mode naturel de guérison. Mais elle peut se faire ailleurs, dans le péritoine par exemple, et provoquer une péritonite rapidement mortelle; elle peut aussi ne pas avoir lieu, et dans ce cas la malade peut succomber lentement aux progrès de l'infection qu'entraine une suppuration qui ne s'évacue pas ou qui s'évacue mal, et ce sont des cas dans lesquels un traitement bien conduit fait merveille.

J'ai dit plus haut que c'est l'association des phénomènes de grossesse au début, aux phénomènes d'hémorragie interne qui permet de faire le *diagnostic* d'inondation péritonéale et de ne pas confondre cet accident avec toutes les affections internes qui provoquent de la douleur subite et des phénomènes péritonéaux analogues à ceux que je viens de décrire.

Toutes les confusions sont en effet possibles, et toutes les erreurs ont été commises.

C'est ainsi qu'on a pu confondre l'inondation péritonéale avec la *péritonite*, l'*occlusion intestinale*, avec une *appendicite* aiguë ou perforante, avec une *colique hépatique* ou *néphrétique*

avec un *kyste de l'ovaire à pédicule tordu*, voire même avec un *empoisonnement!*

Dans ces circonstances difficiles, toutes les erreurs s'expliquent. On ne les évitera qu'en songeant à la possibilité d'une rupture tubaire et en établissant, je le répète, la *coïncidence* entre les accidents brusques et graves en présence desquels on se trouve et les signes d'une grossesse au début.

L'*hématocèle enkystée* peut être confondue avec toutes les tumeurs du petit bassin, la *pelvipéritonite*, les *salpingites*, les *tumeurs annexielles*, avec un *fibrome utérin*, et en particulier avec un fibrome de la paroi postérieure. Je n'insiste pas sur ce point et ce serait refaire l'histoire de ces diverses affections que d'énumérer les différents signes qui permettent de les reconnaître, dans les cas où il est possible de le faire.

L'étude de l'évolution des accidents a, pour le diagnostic de l'hématocèle, une importance toute particulière. Le début brusque et souvent presque tragique, le siège médian de la tumeur, sa consistance souvent un peu pâteuse sont de bons signes, mais le meilleur est encore celui qui découle des signes probables d'une grossesse au début. Encore est-il un dernier accident où ces signes de grossesse eux-mêmes peuvent provoquer l'erreur de diagnostic, et l'on peut fort bien, même après l'examen le plus attentif, prendre pour une hématocèle, un cas de *rétroversion de l'utérus gravide*, ou réciproquement.

Pozzi dit bien que le meilleur moyen d'éviter cette erreur est de rechercher l'utérus qui, dans l'hématocèle, est « enchâssé au centre de la tuméfaction ».

Mais dans ces conditions il est à peu près impossible de le reconnaître, et Pozzi ne nous dit point comment il faut s'y prendre pour y parvenir.

Les diverses hémorragies intra-péritonéales se ressemblent trop peu pour qu'il soit possible de parler utilement de leur *pronostic*.

Les unes sont terribles et immédiatement fatales, les autres guérissent sans laisser de traces; entre les deux, il y a toute une série ininterrompue de cas intermédiaires.

D'une manière générale cependant, on peut dire que c'est

du vagin et pénétration d'un drain dans ces caillots qui s'évacuent mal ou se reproduisent, l'infection peut être facile.

« Une autre malade à laquelle j'ai pratiqué une hystérectomie abdominale pour accidents d'infection grave du côté des annexes, avait eu, auparavant, une colpotomie postérieure pour une hématocèle récente. Elle a failli mourir à la suite de l'infection de la poche, et, étant donné l'état grave dans lequel elle était lorsque je l'ai opérée, je crois pouvoir affirmer qu'elle serait certainement morte dans un délai peu éloigné. Chez elle encore, la laparotomie a réparé les méfaits de la simple colpotomie.

« N'est-il pas évident, d'ailleurs, que dans les cas douteux, lorsqu'on ne sait, en somme, en présence de quels désordres on se trouve, lorsqu'on ignore si les lésions annexielles sont légères ou graves, si le sang coule ou ne coule plus, si les caillots qui encombrent le cul-de-sac de Douglas sont isolés du péritoine par une barrière néo-membraneuse, ou si, au contraire, ils sont libres dans son intérieur, — n'est-il pas évident qu'une laparotomie qui permet d'y voir, d'explorer, de reconnaître toutes les lésions et d'intervenir immédiatement est une opération beaucoup plus satisfaisante qu'une simple colpotomie ?

« D'ailleurs, je ne vois pas, en vérité, quelle objection on peut faire à cette opération. Combien fait-on de laparotomies exploratrices pour affections mal déterminées, combien de laparotomies pour lésions des annexes moins graves que ne peut l'être une hématocèle, dont on sait bien comment elle commence, mais dont on ne sait jamais comment elle finira ! Je suis convaincu que, dans ces conditions, la laparotomie n'est pas sensiblement plus grave que la simple colpotomie postérieure, qui peut être quelquefois suivie de terribles accidents. En revanche, elle permet de traiter les lésions tubaires ou pelviennes d'une façon beaucoup plus sûre, beaucoup plus correcte, et, en somme, beaucoup plus satisfaisante. »

Il y a aussi une autre raison, et une raison bien simple, qui plaide en faveur de la laparotomie. Malgré la netteté souvent très grande des signes de l'hématocèle, les cas ne sont pas rares

les minutes ont leur prix. La durée de l'anesthésie, le choc opératoire ont une influence profonde sur l'état de ces moribondes qu'un rien peut achever, et je suis convaincu que telle malade qui succombe à la fin d'une opération d'une demi-heure, aurait pu guérir si l'opération n'avait duré que vingt minutes.

Personnellement, j'ai vu mourir une malade à la fin d'une opération qui, du premier coup de bistouri au dernier point de suture avait demandé cinq minutes. Elle était, il est vrai, exsangue et presque sans pouls au moment de l'intervention. Quelques minutes d'éther et de choc opératoire ont suffi à la tuer. Cela prouve que ces secousses ne se donnent pas impunément et qu'il faut les réduire à leur minimum. Or, le choc opératoire et la dépression anesthésique, toutes choses égales d'ailleurs, sont proportionnelles à la durée de l'opération et de l'anesthésie.

Il faut donc opérer vite. J'entends par là ne pas perdre de temps à des manœuvres inutiles. Et dans le cas qui nous occupe, la chose est facile, car l'opération est en général extrêmement simple.

Le plan incliné est, bien entendu, indispensable.

Le ventre ouvert par une incision de 12 à 15 centimètres, on se débarrasse rapidement des caillots qui encombrent le petit bassin et qu'on enlève à pleines mains. Dès qu'ils sont enlevés, ou à peu près, la main plongeant dans le petit bassin va chercher le fond de l'utérus, puis la trompe malade. Dès que celle-ci est reconnue, on l'attire au dehors, on la pédiculise et on l'extirpe. On nettoie aussi bien que possible la cavité péritonéale des caillots qui l'encombrent, et il ne reste plus qu'à suturer la plaie abdominale.

On comprend fort bien qu'une opération de cette nature puisse ne pas demander plus de cinq minutes.

Mais l'intervention n'est pas toujours aussi simple et l'on peut rencontrer des difficultés véritables dans la recherche de l'utérus et des annexes que les anses intestinales, les caillots, la profondeur du bassin chez les femmes grasses peuvent dissimu-

meilleure, mais on pourra être conduit à lui préférer l'incision iliaque. Enfin, dans certains cas à évolution abdominale nette, la laparotomie sera indiquée; mais, il faut bien le dire, dans ces conditions le diagnostic est toujours douteux et la laparotomie est surtout commandée par la tendance de l'hématocèle à évoluer vers l'abdomen. C'est seulement au cours de l'opération qu'on découvre que la collection sanguine est située sous le péritoine.

La technique opératoire de ces diverses interventions ne présente rien de particulier. La colpotomie postérieure ressemble absolument à celle que j'ai décrite plus haut pour les collections suppurées (voy. p. 148). Personnellement je préfère de beaucoup les ciseaux courbes au bistouri pour toutes les incisions vaginales. L'incision peut être transversale, au niveau de l'insertion postérieure du vagin, ou longitudinale, sur la ligne médiane. Cette incision donne moins de sang, mais elle a plus de tendance à se refermer et draine moins bien. C'est pourquoi je lui préfère l'incision transversale. Les caillots sont évacués doucement. Un lavage à l'eau bouillie est ce qu'il y a de mieux pour le nettoyage de la poche, car il faut éviter la curette de peur de déchirer les fausses membranes qui limitent la cavité et d'entraîner des accidents. On drainera largement avec un ou même, au besoin, avec deux drains, et s'il est nécessaire on tamponnera avec une mèche de gaze pour éviter le suintement sanguin.

Toutes ces incisions vaginales ayant les plus grandes tendances à se fermer spontanément, il faut maintenir le drainage avec le plus grand soin et aussi longtemps qu'on le jugera nécessaire à l'oblitération complète de la poche rétro-utérine.

Si on se décide pour la voie haute, dans les cas récents avec poussées hémorragiques et accidents encore en évolution, on se mettra dans les mêmes conditions que pour opérer une salpingite et le plan incliné sera plus que jamais nécessaire.

HÉMORRAGIES ENKYSTÉES, HÉMATOCÈLES. — Ici la conduite à tenir est loin d'être aussi nette, aussi absolue, et il est bien des cas qui prêtent à la discussion.

Et d'abord, il est des hématocèles, relativement bénignes, qui tendent vers la guérison spontanée. La malade étant au repos complet, la tumeur rétro-utérine diminue peu à peu et finit par disparaître. Bien entendu, chez ces malades favorisées, on se gardera d'intervenir. On les surveillera de très près, en les condamnant au repos absolu au lit, en leur prescrivant des irrigations vaginales et rectales à haute température, et il ne sera pas rare de les voir guérir.

Mais, en dehors de ces cas favorables, lorsque l'épanchement rétro-utérin ne diminue pas, à plus forte raison lorsqu'il a une tendance à augmenter, il faut agir.

Deux voies s'offrent au chirurgien pour aborder ces hématocèles, la *voie vaginale* et la *voie abdominale*. De nombreuses publications, une récente discussion à la Société de Chirurgie (juillet 1899), montrent que l'une et l'autre ont leurs partisans. C'est un point qui mérite examen, et je ne saurais mieux faire que reproduire en partie les termes d'une étude que j'ai publiée ailleurs et qui me paraît résumer assez simplement la question [1].

Cette discussion, à vrai dire, ne s'étend pas aux *hématocèles infectées* et sur lesquelles tout le monde est d'accord. Il faut les ouvrir par le cul-de-sac postérieur, et les drainer par l'ouverture. Cette opération, sans faire courir aucun danger sérieux à la malade, donnera, et à très peu de frais, des succès à peu près constants.

« Mais, où les divergences commencent, c'est lorsqu'il s'agit de traiter les hématocèles proprement dites. Les uns, comme POZZI, ROUTIER, n'acceptent guère que la voie vaginale, REYNIER veut au contraire généraliser la laparotomie. TUFFIER et ROUTIER veulent réserver la colpotomie aux hématocèles pelviennes, et la laparotomie à celles qui semblent évoluer vers l'abdomen. Mais si une telle division est possible au bout de quelques jours,

[1] J.-L. FAURE. La gynécologie, 15 juin 1900, p. 218.

lorsque les phénomènes sont arrêtés, elle est beaucoup moins facile au début, et il est impossible de savoir si telle hématocèle qui paraît aujourd'hui localisée au petit bassin, et qui semble justiciable de la colpotomie, ne changera pas demain d'allure, et, à la suite d'une poussée nouvelle, ne s'étendra pas vers l'abdomen.

« Je pense donc, et tel me paraît être également l'avis de Pierre DELBET, qu'il faut, dans la détermination de la voie à suivre, tenir compte avant tout de l'ancienneté des accidents et du moment auquel on observe l'hématocèle. Et je poserais volontiers en principe que si, dans les hématocèles anciennes, avec arrêt des accidents, c'est par le vagin qu'il faut intervenir, il vaut mieux au contraire pratiquer la laparotomie, si l'hématocèle est récente et si l'arrêt des accidents ou des poussées hémorragiques n'est pas à peu près certain.

« Lorsque les accidents sont arrêtés, que l'hématocèle est fermée, limitée vers le ventre par des adhérences, qu'elle n'augmente plus et que, par conséquent, la source de l'hémorragie est tarie, lorsqu'il n'y a aucune tendance à sa réapparition, la simple colpotomie, l'ouverture de la poche, est une opération trop simple, trop facile, trop bénigne et trop efficace pour qu'on puisse lui en préférer une autre. Elle a à son actif d'innombrables succès. J'estime donc qu'il est excessif de conseiller la laparotomie dans toutes les hématocèles, et je suis convaincu que, dans toutes les collections anciennes et qui semblent bien arrêtées, on court infiniment moins de risques par la colpotomie postérieure que par la laparotomie. Sans doute on pourra rencontrer tel cas, très rare, dans lequel une hémorragie inquiétante, ou n'importe quel autre accident, suffira à faire regretter de ne pas avoir choisi la voie haute. Mais les cas seront certainement beaucoup plus nombreux dans lesquels, en pratiquant la laparotomie, on pourra voir survenir des accidents plus ou moins graves, peut-être même mortels qui n'auraient certainement pas eu lieu si on avait eu la prudence de s'en tenir à la simple colpotomie.

« D'ailleurs, dans un cas un peu ancien, très limité du côté du ventre, et qui ne demande qu'à guérir par la simple incision

vaginale, la laparotomie peut avoir des dangers. La trompe malade peut être englobée dans les fausses membranes qui limitent la collection sanguine. Il peut y avoir, et il y a souvent des adhérences pelviennes, intestinales, rectales, qui rendent la décortication difficile et même dangereuse. Je crois donc qu'ici la chose n'est pas discutable et qu'il faut, de parti pris, *ouvrir par le vagin les hématocèles anciennes.*

« Mais pour les hématocèles récentes, il n'en est pas de même.

« En réalité, on ne sait pas, et il est impossible de savoir, à moins d'y regarder, quel est l'état de la trompe rompue, si l'hémorragie est arrêtée, ou si, au contraire, il se fait encore un suintement sanguin. Il est impossible de savoir, dans les premiers jours, si le fond du petit bassin est isolé du péritoine par des fausses membranes solides, ou si, au contraire, il y a communication entre les caillots du cul-de-sac de Douglas plus ou moins grossièrement isolés et la cavité abdominale.

« Il y a donc là des points inconnus et qui peuvent devenir l'origine de graves accidents. Il y a parfois des hémorragies difficiles à arrêter à la suite de la colpotomie postérieure. Si Pozzi les a toujours vues céder au tamponnement, d'autres n'ont pas été aussi heureux que lui et Reynier a été obligé de faire, séance tenante, la laparotomie pour arrêter une hémorragie qu'il ne parvenait pas à maîtriser par le vagin.

« Mais l'hémorragie n'est pas le seul accident qu'on ait à redouter après la colpotomie dans une hématocèle récente et mal limitée. Il y a aussi l'infection, infection qui peut, en raison des conditions anatomiques du foyer malade, s'étendre au loin et se généraliser. Les cas n'en sont certainement pas rares, et pour ma part, j'ai eu malheureusement l'occasion d'en observer. Chez une malade, j'ai vu, après une colpotomie, des accidents d'infection qui n'ont pu être arrêtés par une laparotomie. L'ouverture du ventre a permis de se rendre compte de ces accidents, et il suffit de voir un petit bassin rempli de caillots dans lesquels viennent, pour ainsi dire, baigner les anses intestinales pour comprendre combien, après ouverture

du vagin et pénétration d'un drain dans ces caillots qui s'évacuent mal ou se reproduisent, l'infection peut être facile.

« Une autre malade à laquelle j'ai pratiqué une hystérectomie abdominale pour accidents d'infection grave du côté des annexes, avait eu, auparavant, une colpotomie postérieure pour une hématocèle récente. Elle a failli mourir à la suite de l'infection de la poche, et, étant donné l'état grave dans lequel elle était lorsque je l'ai opérée, je crois pouvoir affirmer qu'elle serait certainement morte dans un délai peu éloigné. Chez elle encore, la laparotomie a réparé les méfaits de la simple colpotomie.

« N'est-il pas évident, d'ailleurs, que dans les cas douteux, lorsqu'on ne sait, en somme, en présence de quels désordres on se trouve, lorsqu'on ignore si les lésions annexielles sont légères ou graves, si le sang coule ou ne coule plus, si les caillots qui encombrent le cul-de-suc de Douglas sont isolés du péritoine par une barrière néo-membraneuse, ou si, au contraire, ils sont libres dans son intérieur, — n'est-il pas évident qu'une laparotomie qui permet d'y voir, d'explorer, de reconnaître toutes les lésions et d'intervenir immédiatement est une opération beaucoup plus satisfaisante qu'une simple colpotomie ?

« D'ailleurs, je ne vois pas, en vérité, quelle objection on peut faire à cette opération. Combien fait-on de laparotomies exploratrices pour affections mal déterminées, combien de laparotomies pour lésions des annexes moins graves que ne peut l'être une hématocèle, dont on sait bien comment elle commence, mais dont on ne sait jamais comment elle finira ! Je suis convaincu que, dans ces conditions, la laparotomie n'est pas sensiblement plus grave que la simple colpotomie postérieure, qui peut être quelquefois suivie de terribles accidents. En revanche, elle permet de traiter les lésions tubaires ou pelviennes d'une façon beaucoup plus sûre, beaucoup plus correcte, et, en somme, beaucoup plus satisfaisante. »

Il y a aussi une autre raison, et une raison bien simple, qui plaide en faveur de la laparotomie. Malgré la netteté souvent très grande des signes de l'hématocèle, les cas ne sont pas rares

dans lesquels il est extrêmement difficile de la reconnaître, et elle a été souvent confondue avec d'autres affections pelviennes. Il n'est pas très exceptionnel de voir prendre pour une hématocèle des lésions de salpingite compliquée. Seule la laparotomie permet, dans ces cas difficiles, de rectifier son diagnostic et d'agir en connaissance de cause.

Je crois donc, en résumé, qu'il faut, dans les hématocèles enkystées, non suppurées, agir différemment suivant les conditions dans lesquelles on les observe.

Dans les *hématocèles anciennes*, bien enkystées, avec arrêt ou même rétrocession des accidents, c'est à la *colpotomie* postérieure que l'on aura recours.

Dans les *hématocèles récentes*, avec poussées hémorragiques ou arrêt douteux des accidents, c'est la *laparotomie* qu'il faudra pratiquer.

Dans certains cas exceptionnels, on pourra avoir recours à d'autres opérations commandées par les circonstances ou la disposition anatomique des lésions. C'est ainsi que dans l'hématocèle antérieure on pourra être conduit, comme je l'ai été moi-même deux fois, à pratiquer une colpotomie antérieure et à ouvrir la poche sanguine en passant entre le vagin et l'utérus.

Si la malade présente en même temps des lésions d'annexites bilatérales, bien et dûment diagnostiquées, il pourra être indiqué de pratiquer la castration totale, soit par l'abdomen, si les lésions sont refroidies, soit au contraire, par le vagin si l'infection est récente, et qu'il y ait lieu de craindre que sa virulence n'aggrave sérieusement le pronostic d'une intervention abdominale.

Dans les *hématocèles sous-péritonéales* qui ne sont en somme que des infiltrations sanguines dans les ligaments larges et les espaces cellulaires du petit bassin, on peut être, dans quelques cas, d'ailleurs assez rares, conduit à intervenir. Lorsque ces hématocèles seront infectées, il faudra les ouvrir au point le plus favorable pour l'accès de la collection suppurée et son drainage ultérieur. La voie vaginale est évidemment la

meilleure, mais on pourra être conduit à lui préférer l'incision iliaque. Enfin, dans certains cas à évolution abdominale nette, la laparotomie sera indiquée; mais, il faut bien le dire, dans ces conditions le diagnostic est toujours douteux et la laparotomie est surtout commandée par la tendance de l'hématocèle à évoluer vers l'abdomen. C'est seulement au cours de l'opération qu'on découvre que la collection sanguine est située sous le péritoine.

La technique opératoire de ces diverses interventions ne présente rien de particulier. La colpotomie postérieure ressemble absolument à celle que j'ai décrite plus haut pour les collections suppurées (voy. p. 148). Personnellement je préfère de beaucoup les ciseaux courbes au bistouri pour toutes les incisions vaginales. L'incision peut être transversale, au niveau de l'insertion postérieure du vagin, ou longitudinale, sur la ligne médiane. Cette incision donne moins de sang, mais elle a plus de tendance à se refermer et draine moins bien. C'est pourquoi je lui préfère l'incision transversale. Les caillots sont évacués doucement. Un lavage à l'eau bouillie est ce qu'il y a de mieux pour le nettoyage de la poche, car il faut éviter la curette de peur de déchirer les fausses membranes qui limitent la cavité et d'entraîner des accidents. On drainera largement avec un ou même, au besoin, avec deux drains, et s'il est nécessaire on tamponnera avec une mèche de gaze pour éviter le suintement sanguin.

Toutes ces incisions vaginales ayant les plus grandes tendances à se fermer spontanément, il faut maintenir le drainage avec le plus grand soin et aussi longtemps qu'on le jugera nécessaire à l'oblitération complète de la poche rétro-utérine.

Si on se décide pour la voie haute, dans les cas récents avec poussées hémorragiques et accidents encore en évolution, on e mettra dans les mêmes conditions que pour opérer une salpingite et le plan incliné sera plus que jamais nécessaire.

Régulièrement la poche hématique sera ouverte. Il ne faut pas songer à l'énucléer, car elle adhère partout et n'est pas énucléable. On l'ouvrira donc de parti pris et on en enlèvera les caillots. Il reste une paroi irrégulière et tomenteuse adhérente aux intestins et aux parties voisines. On en enlève les morceaux qui viennent sans difficulté. Mais il ne faut pas vouloir l'extirper entièrement. Ce serait s'exposer à des blessures viscérales et à des ennuis de toute nature. C'est là un détail auquel on ne saurait apporter trop d'attention. Dans les hématocèles, plus peut-être que partout ailleurs, il est extrêmement facile de déchirer l'intestin, si l'on tente d'en séparer la paroi néo-membraneuse qui renferme les caillots. C'est là un des écueils de l'opération abdominale. Et le mieux est, une fois le ventre ouvert, de chercher la poche sanguine sans exercer sur les intestins qui lui sont adhérents la plus légère traction. La poche découverte et souvent reconnue à l'aspect bleuâtre de sa paroi, on l'effondre et on la vide de ses caillots sans essayer de l'extirper elle-même. Cette extirpation est impossible, et de plus elle est inutile. Ces parois néo-membraneuses disparaissent en effet complètement sans laisser de traces.

Mais dans le fond d'un petit bassin plein, lui aussi, de lambeaux fibrineux, de fausses membranes, de restes de caillots désagrégés, il est prudent de drainer et de bien drainer.

Si le cul-de-sac de Douglas est bien accessible on le perforera et on drainera par le vagin en reconstituant, si possible, le péritoine au-dessus de la poche hématique. Si l'ouverture du vagin présente des inconvénients à cause de la disposition des lésions, on se bornera à établir avec soin un drainage abdominal. Dans certains cas particulièrement inquiétants, avec suintement sanguin, si l'on craint une infection toujours possible, il pourra être prudent de drainer à la fois par le vagin et par l'abdomen, en associant parfois au drainage, en cas de suintement hémorragique un tamponnement à la Mickulicz.

Les opérations plus complètes que pourront entraîner des

lésions annexielles plus étendues, extirpation des annexes ou hystérectomie, se feront ici comme dans les salpingo-ovarites, en suivant les principes de technique opératoire simple et précise que je me suis efforcé d'exposer dans ce livre.

TABLE DES MATIÈRES

PRÉAMBULE 1
NOTIONS D'ANATOMIE CHIRURGICALE 3
CLASSIFICATION DES LÉSIONS ANNEXIELLES 30

CHAPITRE PREMIER

LÉSIONS INFECTIEUSES

I. SALPINGO-OVARITES 34

Etiologie et pathogénie 35
Anatomie pathologique 41
Lésions des trompes 45
Lésions des ovaires 66
Lésions communes aux trompes et aux ovaires; lésions périannexielles 73
Symptômes 79
Evolution. Accidents. Terminaisons 89
Diagnostic 94

II. INFECTIONS PÉRI-UTÉRINES 101

A. PELVI-PÉRITONITE 102
Etiologie et pathogénie 103
Anatomie pathologique 105

Symptômes 107
Diagnostic 112

B. Phlegmons et abcès pelviens 115
Etiologie et pathogénie 116
Anatomie pathologique 120
Symptômes. Evolution. Diagnostic. 127

TRAITEMENT DES SUPPURATIONS PELVIENNES

Traitement médical 135
Traitement chirurgical 140
Considérations générales. Interventions directes 142
Indications du traitement chirurgicals 146

COLPOTOMIE 148

EXTIRPATION DES ANNEXES 165
a. Salpingectomie vaginale. 165
b. Salpingectomie abdominale 170

HYSTÉRECTOMIE VAGINALE. 201
Technique de l'hystérectomie vaginale pour suppurations pelviennes. 203
Procédé de Doyen 207
Procédé de Muller-Quénu 218
Procédé de Péan. 224
Procédé de Segond 225

HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE 231
a. Hystérectomie totale. 231
Procédé de Delagenière 234
Procédé de Doyen. 239
Procédé de Hartmann. 242
Procédés de Richelot et de Jonnesco 244
Procédé de Kelly-Segond. 248
Procédé de J.-L. Faure 252
b. Hystérectomie sus-vaginale ou subtotale 262
Procédé de Terrier. 266

Hystérectomie subtotale par section première du col . . 272
Procédé de Kelly. 276
Procédé de J.-L. Faure 277

PARALLÈLE ENTRE L'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE ET L'HYTÉRECTOMIE ABDOMINALE 284

OPÉRATIONS CONSERVATRICES. 287

L'HYSTÉRECTOMIE DANS L'INFECTION PUERPÉRALE 294

III. TUBERCULOSE ANNEXIELLE. 300

CHAPITRE II

LÉSIONS ORGANIQUES

I. KYSTES DE L'OVAIRE. 306

KYSTES MUCOÏDES 307
KYSTES DERMOÏDES 316
TUMEURS MIXTES 322

Pathogénie 322
Connexions et rapports 329
Dégénérescence des kystes de l'ovaire 337
Étiologie 338
Symptômes et diagnostic 339
Accidents et complications. 348
Pronostic 350
Traitement 351
Ovariotomie. 352

II. TUMEUR DES ANNEXES. 365

TUMEURS ET NÉOPLASMES DE L'OVAIRE 365

A. TUMEURS VÉGÉTANTES 366

Anatomie pathologique. 366
Symptômes et diagnostic 371
Traitement 373

B. Tumeurs solides de l'ovaire 374
Anatomie pathologique 374
Fibromes 375
Sarcomes 376
Épithéliomes 377
Symptômes 379

TUMEURS DE LA TROMPE 382

Tumeurs papillaires 383
Anatomie pathologique 383
Étiologie 387
Symptômes et diagnostic 388
Traitement 389

TUMEURS DU LIGAMENT ROND 389
Kystes 389
Fibromes 391
Symptômes et diagnostic 393

TUMEURS DU LIGAMENT LARGE 395
A. Tumeurs solides 395
Fibromes 396
Pathogénie 397
Symptômes et diagnostic 398
Traitement 399
B. Kystes parovariens 401
Anatomie pathologique 402
Symptômes et diagnostic 406
Traitement 408

CHAPITRE III

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE 410
Anatomie pathologique 414

Symptômes et diagnostic 426
Traitement 430

HÉMATOCÈLE PELVIENNE 439

Anatomie pathologique 441
Symptômes et diagnostic 445

Traitement . . . . . .

Hémorragies diffuses 452
Hémorragies enkystées. Hématocèles 455

ÉVREUX, IMPRIMERIE DE CHARLES HÉRISSEY

LANE MEDICAL LIBRARY

This book should be returned on or before
the date last stamped below.

10M-4-49—63290

04 Faure, Jean Louis, 1862
5 Chirurgie des annexes
02 de l'utérus.
NAME
DATE DUE